

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

**POLÍTICAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM
ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE PEDIATRIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Doutora Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira

Coorientação:

Professora Mestre Regina Maria Ferreira Pires

Juvenália Maria Leite Silva Sanches Tavares

Porto | 2013

Dedico este trabalho:

A Ti, pelo Amor e por Tudo O que És...

*... E à Nossa Filha, Mafalda,
que nasce aquando da realização deste projeto!*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Margarida Reis dos Santos e à Professora Mestre Regina Pires pela orientação e ensinamentos valiosos, apoio absoluto, motivação, disponibilidade, compreensão e amizade. E, principalmente, por acreditarem e nunca terem desistido de mim...

Ao meu Marido. Pelo Amor, pelo apoio incondicional, pela força e motivação constantes nos momentos em que o passo falhou. Por caminhar **sempre** a meu lado...

Aos meus Pais. Pelo exemplo de vida, por todos os sacrifícios que sempre estiveram dispostos a fazer por nós e por me incitarem sempre a ir mais além!

À minha Irmã, pelo incentivo e pela ajuda particular nas traduções de inglês. À restante Família e Amigas/os, pelo interesse e apoio que demonstraram neste percurso e pelo tempo que não lhes consegui dedicar.

Às colegas Amigas, que partilharam comigo estes anos de exercício profissional, pelo companheirismo e troca de experiências.

À Enfermeira Manuela Aguilar por ter assumido um papel preponderante no estímulo ao meu desenvolvimento enquanto profissional.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, responsável pela minha formação pessoal e profissional durante todos estes anos: pelo *Saber Ser Enfermeira*. Em especial, ao Professor Doutor Paulo Parente, pelo exemplo marcante e discursos cativantes, desde o primeiro dia.

Às colegas do Internamento Médico e Cirúrgico Pediátrico do CHP, que participaram voluntariamente na realização desta investigação.

Ao Centro Hospitalar do Porto, que permitiu o desenvolvimento deste estudo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHP - Centro Hospitalar do Porto

col. - Colaboradores

CS - Clinical Supervision

CSN - Clinical Supervision in Nursing

DoH - Department of Health

DP - Desvio Padrão

ICN - Internacional Council of Nurses

IQS - Instituto de Qualidade em Saúde

MS - Ministério da Saúde

NHS - National Health Service

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

QeS - Qualidade em Saúde

RCN - Royal College of Nursing

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SC - Supervisão Clínica

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UKCC - United Kingdom Central Council

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. SUPERVISÃO CLÍNICA E QUALIDADE: ENQUADRAMENTO CONCETUAL	5
1.1 Supervisão Clínica em Enfermagem: Desenvolvimentos	6
1.2 Supervisão Clínica em Enfermagem: Abordagem Concetual	9
1.3 Qualidade e Segurança dos Cuidados de Saúde	13
1.4 Contributos da SCE para a Qualidade e Segurança dos Cuidados.....	19
1.5 Supervisão Clínica em Enfermagem em Pediatria: Cuidar com Qualidade	22
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	27
2.1 Tipo de Estudo	28
2.2 Pertinência do Estudo	30
2.3 Finalidade e Objetivos	31
2.4 Questões Orientadoras	31
2.5 Contexto do Estudo	32
2.6 Grupo de Participantes	35
2.7 Instrumento e Processo de Recolha de Dados	36
2.8 Procedimentos Adotados na Análise de Dados.....	37
2.9 Procedimentos Éticos.....	39
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	41
3.1 Representações sobre a SCE.....	43
3.2 Representações sobre o Supervisor Clínico.....	56
3.3 SCE em Uso	74

3.4	SCE Desejada	95
3.5	SCE, Segurança e Qualidade dos Cuidados	107
CONCLUSÃO.....		119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		123
ANEXOS		135
Anexo I - Guião de Entrevista.....		137
Anexo II - Autorização institucional para a realização do estudo		147
Anexo III - Autorização do autor para utilização do instrumento de recolha de dados		159
Anexo IV - Informação aos participantes		163
Anexo V - Declaração de consentimento informado.....		169

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Representações sobre a SCE.....	44
Quadro 2: Representações sobre o Supervisor Clínico	57
Quadro 3: SCE em uso.....	75
Quadro 4: SCE desejada	96
Quadro 5: SCE, Segurança e Qualidade dos Cuidados	107

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra por idades.....	41
Gráfico 2: Experiência profissional e experiência em serviços de Pediatria	41
Gráfico 3: Habilitações profissionais dos enfermeiros.....	42
Gráfico 4: Categoria profissional	42

RESUMO

Na procura da excelência dos cuidados de enfermagem, a Supervisão Clínica (SC) apresenta-se como estratégia potenciadora do cuidar baseado na reflexão das práticas, que se pretende resultar em indicadores de qualidade institucionais. O caráter reflexivo da Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) promove nos enfermeiros uma mudança positiva no seu desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-os mais conscientes da sua prática e responsabilizando-os pela prestação de cuidados seguros, isentos de riscos, assim como de qualidade aos seus clientes.

Atendendo à especificidade de um serviço de Pediatria, no que concerne aos vários intervenientes no processo de cuidados à criança, nomeadamente os pais, a implementação de práticas supervisivas adquire especial importância, na medida em que o enfermeiro vê as suas ações avaliadas por diferentes agentes participativos nos cuidados à criança.

Neste âmbito, realizou-se o presente estudo com a finalidade de perceber as políticas de supervisão de pares em uso num serviço de Pediatria e as dimensões que os enfermeiros consideram relevantes para um programa de SCE.

Os objetivos delineados para esta investigação passam por conhecer as perceções dos participantes sobre a SCE, identificar as atividades de supervisão desenvolvidas num serviço de Pediatria, identificar as atividades de supervisão desenvolvidas pelos participantes e conhecer as dimensões que os participantes consideram relevantes para um programa de SCE, num serviço de Pediatria.

Para atingir estes objetivos, foi aplicada a metodologia qualitativa. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, em que o instrumento de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada aplicada a uma amostra não probabilística intencional composta por 12 enfermeiros de um serviço de Pediatria.

No tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, com Bardin (2004) como referência. Da análise dos dados resultaram cinco domínios: “Representações sobre a SCE”, “Representações sobre o Supervisor Clínico”, “SCE em uso”, “SCE desejada” e “SCE, Segurança e Qualidade dos Cuidados”, assim como as respectivas categorias e subcategorias.

Os resultados obtidos permitiram perceber que existem ainda muitas dúvidas relativas ao tema da SCE, evidenciando a necessidade de prover os enfermeiros de formação sobre o tema, antes de dar início a um processo de implementação de práticas supervisivas no serviço. Conclui-se, ainda, que os enfermeiros consideram importante a SCE para a qualidade dos cuidados prestados em Pediatria. Lamentaram a inexistência de políticas formais de supervisão no serviço, reconheceram a sua necessidade para o serviço e mostraram-se motivados para uma possível implementação. Foi possível aferir a importância atribuída ao envolvimento da instituição para o sucesso de um programa de SCE no serviço.

Palavras-Chave: Enfermagem; Supervisão Clínica em Enfermagem; Qualidade de Cuidados; Pediatria.

ABSTRACT

In seeking excellence in nursing care, Clinical Supervision (CS) presents itself as an enhancer of care based on the reflection of the practices which are intended to result in institutional quality indicators. The reflective nature of Clinical Supervision in Nursing (CSN) encourages nurses to a positive change in their personal and professional development, which makes them become more aware of their practice and take responsibility in providing safe and risk-free care, as well as quality to their patients.

Given the specificity of a Pediatric ward, regarding the various actors in childcare, particularly parents, implementing supervisory practices acquires special importance, since nurses see their actions evaluated by different agents involved in child care.

In this context, we carried out this study in order to understand the policies of peer supervision in use in a Pediatric ward and also the dimensions that nurses consider relevant to a CSN program.

The aims outlined for this research are to know the perceptions of the participants about CSN, identify surveillance activities undertaken in the Pediatric ward, as well as those developed by the participants and know the dimensions that participants consider relevant to a CSN program, in a Pediatric ward.

To achieve these goals, a qualitative methodology was applied. This is a study of exploratory nature, which involved data collection through a semi-structured interview applied to an intentional non-probabilistic sample, which consisted of 12 nurses from a pediatric ward.

In the treatment of the data we used content analysis, having Bardin (2004) as a reference. As a result of the data analysis, we obtained five domains: "Representations of the CSN", "Representations of the Clinical Supervisor", "CSN in use", "CSN desired" and "CSN, Safety and Quality of Care", as well as the respective categories and subcategories.

The results led to realize that there are still many questions regarding the topic of CSN, highlighting the need to provide training for nurses on the subject, before initiating a process of implementation of supervisory practices in the ward. We further conclude that nurses consider CSN important for the quality of care in pediatrics. They also showed their regrets towards the lack of formal policies of supervision in the ward, recognized their need for the ward and showed motivation to possible implementation in the future, giving valuable suggestions. It was possible to assess the importance attached to the institution's involvement in the success of a CSN program in the ward.

Keywords: Nursing; Clinical Supervision in Nursing; Quality of Care; Pediatrics.

INTRODUÇÃO

No panorama atual, a sociedade reveste-se de profundas mudanças políticas, económicas, de valores e atitudes. Resultado dessas transformações globais, também a Enfermagem tem sido alvo de contínuos metamorfismos no sentido de se afirmar como disciplina autónoma e determinante na prestação de cuidados aos clientes. Assim, é fundamental a formação contínua de profissionais reflexivos no contexto da prática clínica.

A formação pessoal e profissional de cada enfermeiro no local de trabalho é sustentada pela literatura como fomentadora do desenvolvimento de competências técnicas e científicas, atitudinais e comportamentais, da interação com a equipa multidisciplinar, clientes e familiares e, principalmente, como promotora do pensamento crítico e reflexivo das práticas para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A crescente preocupação das organizações de saúde em dedicar os melhores cuidados de saúde aos seus clientes cada vez mais exigentes e com maiores expectativas esteve na origem da necessidade de definir padrões que elevassem o nível da qualidade dos cuidados de saúde.

A qualidade implica, segundo Mezomo (2001), que cita Donabedian, a obtenção dos maiores benefícios de acordo com os recursos existentes, correndo os menores riscos para o cliente. É, no fundo, a busca da excelência do exercício profissional com a maior eficiência e eficácia exequíveis.

Abreu (2007) refere que a qualidade nos contextos da saúde constitui uma filosofia de gestão que irá permitir alcançar maior eficácia e eficiência no Sistema Nacional de Saúde (SNS), pelo que se espera das instituições de saúde que encontrem estratégias a implementar nos seus serviços, na procura de uma qualidade progressiva, que se traduza na satisfação dos clientes, profissionais e, finalmente, da própria instituição.

Nesta ótica, surge o conceito de SCE como instrumento fundamental na prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Este conceito é definido por Maia e Abreu (2003, cit. por Abreu, 2007, p.177) como sendo:

“(...) um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconheceu a importância da SCE como processo pelo qual resultam ganhos significativos para as práticas de enfermagem e, consequentemente, ganhos em saúde para os clientes. Desenvolveu, inclusive o Modelo de Desenvolvimento Profissional com base na investigação sobre SCE, que definiu da seguinte forma: *“(...) um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”* (OE, 2010, p.5).

O carácter reflexivo da SCE promove nos enfermeiros uma mudança positiva no seu desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-os mais conscientes da sua prática e responsabilizando-os pela prestação de cuidados seguros, isentos de riscos e de qualidade aos seus clientes.

Em 2011, a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados prestados à criança e ao jovem. A execução deste documento foi considerada pelo Colégio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica uma oportunidade de demarcar a qualidade dos cuidados prestados à criança e adolescente, pela estimulação da reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que exercem funções nesta área do cuidar.

Atendendo à especificidade de um serviço de Pediatria, no que concerne aos vários intervenientes no processo de cuidados à criança, nomeadamente os pais, a implementação de práticas supervisivas adquire especial importância, na medida em que o enfermeiro vê as suas ações avaliadas por diferentes agentes participativos nos cuidados à criança. Segundo a OE (2011), os processos de negociação dos cuidados com a família são também largamente determinados pela supervisão dos profissionais de enfermagem.

Partindo destes pressupostos, no âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, elaborou-se a presente investigação intitulada

de “*Políticas de Supervisão Clínica em Enfermagem em Serviços de Pediatria*”, em que se pretendeu perceber qual a importância atribuída pelos enfermeiros à SCE, e às suas diferentes dimensões, como estratégia promotora da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem em Pediatria.

Sendo a Enfermagem uma disciplina em que a SC tem responsabilidade direta na sustentação e qualidade dos cuidados, esta deve estar presente em todo o local onde se pratique enfermagem (Garrido, Simões & Pires, 2008). Assim, procurou-se saber junto dos enfermeiros que exercem funções num serviço de Pediatria, qual seria a forma ideal para desenvolver processos de SCE nesse contexto.

Neste propósito, foram delineados para este estudo os seguintes objetivos: conhecer as perceções dos participantes sobre a SCE; identificar as atividades de supervisão desenvolvidas num serviço de Pediatria; identificar as atividades de supervisão desenvolvidas pelos participantes; e conhecer as dimensões que os participantes consideram relevantes para um programa de SCE, num serviço de Pediatria.

A metodologia utilizada neste estudo assentou no paradigma qualitativo como forma de orientar o objetivo da investigação no sentido da exploração do tema em análise. Para a recolha dos dados recorreu-se à aplicação de uma entrevista semiestruturada com gravação áudio a uma amostra não probabilística intencional constituída por 12 enfermeiros a exercer funções num serviço de Pediatria.

Este documento encontra-se organizado em três partes distintas. Após uma breve introdução ao tema, metodologia e estrutura desta investigação, apresenta-se, numa primeira parte, o enquadramento concetual dedicado ao objeto de estudo desta dissertação. Aqui, aprofunda-se primeiramente os conceitos e evoluções da SCE, seguido de um subcapítulo relativo à qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Posteriormente abordam-se os contributos da SCE para a qualidade e segurança dos cuidados de acordo com a bibliografia consultada e, finalmente o papel da SCE na qualidade dos cuidados prestados em Pediatria.

Numa segunda parte, apresentam-se as opções metodológicas para a realização deste estudo, desde a escolha de paradigma metodológico e tipo de estudo, até à pertinência do mesmo, finalidade, objetivos, questões orientadoras, contexto, grupo de participantes, técnicas de recolha e análise dos dados e

procedimentos éticos.

Da terceira parte consta a análise de conteúdo realizada e discussão dos dados recolhidos. Finalmente são traçadas algumas considerações finais relativas ao estudo realizado, de onde se espera que surjam subsídios que possam servir de base à construção futura de um programa de SCE, que contribua para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros de Pediatria e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta área específica.

1. SUPERVISÃO CLÍNICA E QUALIDADE: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Na atualidade, o termo “qualidade” é associado às mais diversas áreas da de atividade humana, em que a área da saúde não é exceção. Atualmente, o cidadão exige cada vez mais que lhe sejam facultados serviços de saúde com a máxima qualidade, requerendo cada vez mais uma participação ativa na tomada de decisão que envolve a sua saúde, tendo altas expectativas quanto aos resultados dos cuidados que lhe são prestados. Nesta conjuntura as instituições veem-se compelidas a procurar e desenvolver estratégias que lhes permitam elevar o cuidar a um nível ótimo de qualidade, que se traduza na satisfação do cliente, procurando, em simultâneo, aperfeiçoar as condições para o exercício dos profissionais de saúde.

De uma forma crescente, a SCE tem vindo a ser considerada como uma ferramenta fundamental para a manutenção de um ambiente propício à prestação de cuidados de qualidade. Esta tem o potencial de conferir aos serviços de saúde a propriedade de se tornarem contextos de excelência, modelos de um cuidar centrado no cliente, através da motivação ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

As particularidades inerentes ao cuidar em Pediatria, no que concerne ao alvo dos cuidados, à participação ativa dos pais/família nos cuidados à criança, à grande carga emocional característica desta área, confirmam a importância da implementação de práticas supervisivas que possibilitem responder às necessidades da criança com a máxima qualidade exigida pelos vários intervenientes no processo de cuidados, assim como conferir estratégias de suporte à prática clínica para os enfermeiros que se dedicam a esta área do cuidar em enfermagem.

1.1 Supervisão Clínica em Enfermagem: Desenvolvimentos

A problematização da formação profissional e da promoção da qualidade dos cuidados de saúde tem acompanhado o investimento no acompanhamento das aprendizagens em contexto clínico, bem como a emergência da discussão em torno da supervisão das práticas.

Os processos de acompanhamento e de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros, atualmente colocados no centro do debate sobre a formação e desenvolvimento profissional, não são processos recentes, podendo afirmar-se que estes acompanharam os diversos percursos de formação e de profissionalização na área da saúde, assumindo, na atualidade, novos contornos (Pires, 2004). Neste sentido, face aos múltiplos desafios que se colocam na área, a tomada de decisão política tem procurado encontrar estratégias inovadoras capazes de responder de forma adequada a estes desafios, procurando o incremento da qualidade dos cuidados.

A SCE emergiu, e tem vindo a desenvolver-se nos contextos de saúde, enquanto política a implementar em benefício da melhoria dos cuidados aos clientes, através do suporte disponibilizado aos profissionais no decurso das suas práticas. No entanto, e não obstante a reconhecida evolução do conceito e a crescente atenção por parte das organizações de saúde, este é ainda tido como confuso entre os profissionais, quanto à sua natureza, sendo também a sua definição considerada ambígua, não reunindo consenso (Abreu, 2003; 2007; Garrido, Simões & Pires, 2008).

A existência de conceções erróneas sobre a temática gera sentimentos de apreensão entre os profissionais e conseqüentes barreiras à SCE. Isto deve-se, segundo Garrido (2004), ao facto de inicialmente o termo supervisão ser associado apenas a inspeção, em que um enfermeiro nomeado como supervisor, através da verificação das práticas, procurava identificar simplesmente o que estava errado na atuação dos profissionais, nomeadamente na execução de procedimentos técnicos. O aprofundamento da discussão, da pesquisa e da formação no âmbito da SCE, tem constituído um contributo para a mudança de mentalidades no que respeita às perceções dos enfermeiros sobre a mesma. Assim, este conceito tem vindo a ser referido como uma forma de relação de ajuda entre supervisor e

supervisado, com o objetivo de que o segundo melhore o seu trabalho (Garrido, 2004), através de um processo dinâmico entre os dois intervenientes, tendo o supervisado um papel ativo no seu processo de crescimento e desenvolvimento profissional.

Na história da Enfermagem identificam-se algumas referências inerentes a preocupações sobre os processos de supervisão das práticas e da qualidade dos cuidados. Abreu (2002) atribui a Florence Nightingale o lançamento das primeiras bases da SCE, o que é corroborado por White e Winstanley (2006), quando referem que o facto de enfermeiros mais experientes fornecerem orientação aos menos experientes no decurso da sua prática clínica, tem sido aceite desde os tempos de Florence Nightingale. No entanto, Abreu (2002) considera que a introdução mais consistente e sustentada da SC na prática de enfermagem deve ser atribuída a Hidelgard Peplau, entre 1952 e 1964.

Apesar das alusões prévias a processos inerentes à SC, este conceito começa por desenvolver-se nos Estados Unidos da América entre os anos 20 e os anos 60, inicialmente ligado à área da psicoterapia.

Na Europa, o desenvolvimento da SCE tem sido um processo que se desenrola a ritmos diferentes em diferentes países. No Reino Unido teve os seus progressos a partir dos anos oitenta, início dos anos noventa, do séc. XX, tendo-se desenvolvido mais nas práticas de trabalho social e na psicoterapia. No entanto, nesta altura, parecia haver ainda uma grande confusão sobre a temática: significado do próprio termo “supervisão clínica”, bem como, a sua aplicação prática (Pires, 2004; White & Winstanley, 2006; Abreu, 2007). No entanto, neste país, no decurso dos anos 80 e 90, uma série de acontecimentos trágicos envolvendo cuidados prestados por enfermeiros, onde se incluem os relatados pelo inquérito Allitt em 1991, levaram à necessidade de um olhar mais profundo da Enfermagem sobre si mesma, emergindo daqui a necessidade de se desenvolverem estratégias a nível do sistema de saúde, que implicassem um acompanhamento efetivo dos profissionais, em contexto da prática clínica (Pires, 2004; Abreu, 2007). A SC tem vindo a assumir um papel preponderante enquanto elemento central da gestão clínica no Reino Unido, sendo também foco de atenção na tomada de decisão das políticas centrais de saúde noutras partes do mundo (Winstanley & White, 2003).

Em 1993 é publicado pelo Departamento de Saúde do Reino Unido o

documento “*A Vision for the Future*”, apresentando uma série de políticas que tinham por base a SC como estratégia promotora de práticas de enfermagem seguras e de qualidade, com o objetivo de prover os profissionais de mecanismos de suporte no local de trabalho. Neste documento, uma das suas cinco áreas chave relacionava-se com a investigação e supervisão, e um dos doze alvos principais a serem abordados estava especificamente relacionado com o conceito de SC (White & Winstanley, 2003; NHS, 2008).

Nas décadas de oitenta e noventa do séc. XX assistimos a grandes desenvolvimentos a nível dos processos educativos e formativos, com a transição do paradigma da racionalidade técnica para a emergência do paradigma da racionalidade crítica, o que, de certo modo, também contribuiu para a emergência do debate sobre os processos supervisivos (Pires et al., 2004). Em Portugal, Alarcão e Tavares contribuíram de forma inestimável para o aprofundamento da discussão em torno da supervisão no âmbito da formação de professores, enquanto processo que pressupunha o acompanhamento de um estudante ou professor menos experiente por um professor mais experiente (Abreu, 2007).

Paralelamente a estes desenvolvimentos, com as evoluções que se verificaram a nível do ensino em geral, e da Enfermagem em particular com a sua integração no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico, no sentido de proporcionar uma formação sólida em termos técnicos, científicos, culturais e humanos, facilitador das capacidades de inovação e crítico-reflexivas, também na área da formação inicial em enfermagem se começaram a debater intensamente os processos de supervisão dos estudantes de enfermagem, principalmente no que respeita ao acompanhamento da sua formação em contexto clínico (Pires et al., 2004). Desde aí, o conceito de supervisão foi sendo gradualmente alargado a outras áreas que não só a pedagógica. Atualmente, Alarcão e Tavares (2007), numa perspetiva mais holística, definem a supervisão como um processo em que um profissional mais experiente e informado orienta outro profissional, ou candidato a profissional, no seu desenvolvimento.

No âmbito da Enfermagem, a problematização da formação profissional e da promoção da qualidade dos cuidados, a que temos assistido nas últimas décadas, tem acompanhado a discussão sobre a supervisão das práticas clínicas, o que tem favorecido a discussão sobre a temática da SCE, a qual teve um significativo desenvolvimento no nosso país, principalmente na última década.

Atualmente, é argumentada pela OE a importância da implementação da SCE a nível das organizações de saúde, enquanto processo formal de acompanhamento e apoio profissional, promotor da tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos reflexivos e de análise das práticas, logo, promotor do desenvolvimento profissional (OE, 2010).

1.2 Supervisão Clínica em Enfermagem: Abordagem Concetual

Vários autores e organizações têm-se referido ao conceito de SC. O Departamento de Saúde do Reino Unido, no documento *“A Vision for the Future”*, faz-lhe referência encarando-a como *“um processo formal de suporte profissional e aprendizagem que proporciona aos profissionais o desenvolvimento de conhecimentos e competências, assumir a responsabilidade das suas práticas e a segurança e protecção dos clientes em situações complexas”* (DoH 1993 cit. por Winstanley & White, 2003, p.8). Este significado atribuído à SC salienta os processos de reflexão sobre as práticas clínicas, com o objetivo de identificar os problemas diários e encontrar soluções que permitam repensar e melhorar as práticas (RCN, 2003).

Para Bond e Holland (1998), a SC permite a reflexão profunda sobre a prática clínica e tem como objetivo permitir ao supervisionado atingir, manter e desenvolver criativamente uma elevada qualidade das práticas, através de medidas de suporte.

Orga (2004) entende a supervisão como um processo de formação contínua e de desenvolvimento profissional, o que também fica patente na perspetiva de Simões e Garrido (2007, p.600), ao considerarem que o conceito de supervisão *“refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado”*.

Por sua vez, Garrido, Simões e Pires (2008, p.15) definem a SCE como

“(...) um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas, e um supervisor clínico de enfermagem (...) que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática, permitindo aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica”.

A literatura aponta várias definições de SC, as quais têm como ponto de convergência o facto de constituir um processo que impulsiona o desenvolvimento pessoal e profissional permanente, através do apoio profissional e da estimulação da reflexão sobre as práticas, resultando em aprendizagens significativas e aquisição de capacidades e competências determinantes para a promoção de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Considera-se ainda importante distinguir o conceito de SCE de outros processos de supervisão, designadamente dos de *perceptorship*, centrado na aquisição de competências clínicas e socialização profissional; e de *mentorship*, direccionado para o desenvolvimento de áreas como a carreira profissional, objetivos académicos e desenvolvimento profissional (Mills, Francis & Bonner, 2005), supervisão da prática qualificada, revisão e manutenção de padrões profissionais. Estes diferenciam-se da SCE pelo alvo, objetivos e área de aplicabilidade da supervisão (Abreu, 2007).

A par da diversidade de conceitos de SC, foram também emergindo uma multiplicidade de modelos à medida que os programas de SC se vieram a impor nas organizações de saúde. Estes baseiam-se em pressupostos filosóficos e concetuais, que permitem perspetivar o domínio das competências relativas à implementação dos processos de supervisão.

Entre os mais referenciados encontram-se o Modelo Interativo de Proctor (1986), o Modelo Integrativo de Hawkins e Shohet (1989), o Modelo de Seis Categorias de Intervenção de Heron (1990) e o Modelo de Desenvolvimento e Suporte de Faugier (1992).

O Modelo de Proctor (1986) contempla três funções da SC: a normativa, que consiste em fazer cumprir as políticas e procedimentos, garantindo os padrões de qualidade, contribuindo para a auditoria clínica; a formativa, que compreende o desenvolvimento de habilidades e competências, envolvendo processos de compreensão e reflexão, tendo por base a prática baseada na evidência; e a

restaurativa, componente de suporte pastoral que habilita os profissionais a compreenderem e gerirem o stresse face às situações complexas com que se confrontam. Elementos destas três componentes devem ser considerados parte integrante do processo de SC (Hyrkäs, 2002; Sloan & Watson, 2002; Garrido, Simões & Pires, 2008).

O Modelo Integrativo de Hawkins e Shohet (1989) foca-se no relacionamento supervisoivo, identificando quatro elementos principais na supervisão: supervisor, supervisado, cliente e contexto de trabalho. Este modelo é considerado de matriz dupla, sugerindo a existência de dois sistemas similares no processo de supervisão: o sistema de supervisão que envolve a relação entre o supervisado e o supervisor; e o sistema terapêutico, que envolve a relação entre o cliente e o supervisado. Face à relação supervisor/supervisado/cliente, este modelo enfatiza mais o relacionamento com o cliente do que o contexto ou fatores organizacionais (Van Ooijen, 2000; Hyrkäs, 2002; Garrido, Simões & Pires, 2008).

O Modelo de Heron (1990) estuda as formas de intervenção durante o processo supervisoivo, propondo uma taxonomia para análise e categorização dos tipos de intervenção, identificando seis categorias preliminares: prescritiva, informativa, confrontativa, catalítica, catártica e de suporte. Estas seis categorias de intervenção congregam-se em dois grandes estilos de supervisão: o autoritário e o facilitador (Hyrkäs, 2002; Sloan & Watson, 2002).

O Modelo de Faugier (1992) enfatiza a função educacional da supervisão, defendendo que o papel do supervisor é facilitar o desenvolvimento educacional e pessoal do supervisado, proporcionando-lhe o suporte essencial para a evolução da sua autonomia clínica (Holloway, 1995; Hyrkäs, 2002; Winstanley & White, 2003). Este modelo identifica um conjunto de elementos da supervisão, inerentes às características de um supervisor responsável: generosidade, sensibilidade, abertura, ser prático, vontade de aprender, capacidade de orientação, ser pensativo e instigante, capacidade de relacionamento, humanidade e confiança (Winstanley & White, 2003). Cada um destes aspetos é considerado como um quadro no qual se deve basear o relacionamento supervisoivo (Faugier, 1992), fornecendo uma estrutura possível para o processo de supervisão (Hyrkäs, 2002; Winstanley & White, 2003).

Dos modelos acima referidos, o de Proctor (1986) tem sido um dos mais amplamente adotado em enfermagem, tendo alcançado credibilidade e exercendo grande influência, sendo o seu uso muito advogado para uma diversidade de contextos profissionais, tais como saúde mental, ocupacional e enfermagem médico-cirúrgica (Sloan & Watson, 2002).

Não obstante a diversidade conceitual, a importância da SC na disciplina de Enfermagem é notória, se pensarmos na especificidade e imprevisibilidade que os cuidados de enfermagem encerram na sua essência, justificando-se, assim, a implementação de estratégias de suporte e de orientação da prática clínica, no sentido de garantir a sua máxima segurança, assim como a gestão eficaz dos riscos que lhe são inerentes. Neste sentido, da diversidade de modelos salienta-se que o seu propósito é fornecer referências objetivas para a tomada de decisão no âmbito dos processos supervisivos, sendo que a componente reflexiva é crucial em qualquer modelo de supervisão (Garrido, Simões & Pires, 2008).

Cross, Moore e Ockerby (2010) mencionam que a SCE envolve a construção de uma relação de empatia entre supervisor e supervisionado como suporte ao desenvolvimento das competências clínicas, dos conhecimentos e de uma cultura de prática reflexiva. Implica que este processo se desenrole num ambiente sustentado, em que o supervisor concede a cada profissional envolvido, o espaço necessário ao desenvolvimento da prática clínica individual, ao mesmo tempo que presta apoio aos colegas que necessitam.

É esperado da SCE que se constitua como agente impulsionador no desenvolvimento de conhecimentos, competências, valores e atitudes profissionais, pela reflexão e responsabilização individual de cada enfermeiro pelos cuidados prestados (Hyrkäs et al., 2006; OE, 2010). Assim, o contributo da SCE traduz-se numa melhoria efetiva dos cuidados direcionados às necessidades dos clientes, mas também, num aumento da satisfação dos profissionais, na medida em que veem o resultado positivo do seu trabalho reconhecido.

Dunn (1998, cit. por Abreu, 2007) aponta a SCE como um fator determinante nas mudanças significativas da prática de enfermagem, no que respeita ao encaminhamento dos clientes, nas relações interpessoais, sentimentos de maior segurança e aumento da autoestima entre os profissionais, aumento de conhecimentos, promoção da reflexão estruturada e aumento da capacidade de trabalho em equipa.

No seu estudo, e após debruçar-se sobre as várias perspetivas e definições de SCE, Macedo (2009, p.124) refere que

“(...) a supervisão proporciona aos enfermeiros, a aquisição de competências ao nível da reflexão (...), ajudando-os na tomada de decisão, face aos dilemas da prática, assegurando o desenvolvimento pessoal e profissional, o desenvolvimento da própria organização e, em primeira instância, a qualidade dos cuidados oferecidos às pessoas”.

Num estudo realizado por Serrano, Costa e Costa (2011), que analisava a forma como os enfermeiros desenvolvem competências na área do cuidar em enfermagem, as autoras concluíram que o desenvolvimento de competências resulta da articulação entre a equipa de saúde e o contexto, pela implementação de estratégias promotoras de um processo reflexivo sobre a prática de enfermagem, nomeadamente a SCE.

Para que os enfermeiros prestem cuidados com qualidade, é necessário que estes repensem todos os circuitos envolvidos na sua prática diária, através da utilização de processos reflexivos, procurando sempre o melhor para o seu desempenho profissional, logo, o melhor para o cliente. A SCE assume-se como estratégia fomentadora do incremento das competências profissionais, devendo ser sustentada e promovida pelas instituições, na busca contínua de uma política global de qualidade organizacional.

1.3 Qualidade e Segurança dos Cuidados de Saúde

Factualmente, o termo “qualidade” foi apropriado pelos discursos do quotidiano, verificando-se uma tendência para que a qualidade se torne numa filosofia base na tomada de decisão política, das organizações, das famílias e dos indivíduos (Abreu, 2003; 2007).

Desde a década de 90 do séc. XX que a discussão sobre a qualidade e segurança dos cuidados de saúde tem sido bastante profícua, mobilizando as organizações na tomada de medidas concretas para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem tido um papel preponderante neste processo, na medida em que, principalmente no decurso das duas últimas décadas, tem vindo a criar diretrizes que vão de encontro à

necessidade de implementação de políticas de qualidade, determinando que a partir de 1990 todos os estados membros da região europeia deveriam ter constituído mecanismos eficazes para assegurar a qualidade de cuidados aos clientes dentro dos respetivos sistemas de cuidados de saúde. Parte da resposta a este desafio ancorou na implementação de programas de garantia e acreditação da qualidade (Pires, 2004).

Em Portugal, a qualidade também se transformou num eixo estruturante das políticas de saúde. No sentido de dar resposta a este desafio, em 1999 foi tomada a decisão política de criar o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), inserido na “Estratégia de Saúde para o virar do Século”, instituindo como objetivo prioritário a definição de uma política de qualidade para o setor, que veio a culminar na implementação de programas de melhoria e acreditação da qualidade, a nível das organizações de saúde (IQS, 2002; Pires, 2004). Entre 1999 e 2004, no âmbito do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, sob autoridade do IQS, foi adotada a metodologia de acreditação do *King’s Fund Health Quality Service*.

A metodologia de acreditação do *King’s Fund* contemplava normas relativas aos serviços de enfermagem que faziam referência à SC, presumindo a sua implementação nos serviços de saúde. Neste sentido, podemos dizer que, a par de outros desenvolvimentos que contribuíram para o incremento do debate sobre a SC, em Portugal, as políticas de melhoria e acreditação da qualidade dos serviços de saúde constituíram-se como contributo inestimável para os desenvolvimentos verificados no âmbito da SC (Abreu, 2003; Garrido, 2004; Pires, 2004; Soares, 2004).

O final do contrato com a entidade de acreditação *King’s Fund* e as transformações políticas decorrentes desde então, deram lugar à adoção de diferentes metodologias de acreditação por parte das organizações de saúde, no entanto o debate sobre a SCE estava definitivamente instalado no nosso país, muito por via do papel que a OE tem tido neste processo, inclusivamente através das medidas que tem vindo a tomar relativamente à Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros, estreitamente ligada com a SC enquanto processo que promove a proteção do cliente e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica (OE, 2010). Não obstante estes desenvolvimentos, a introdução da SC nos nossos contextos de

saúde ainda não é uma realidade concretizada, havendo necessidade de definir melhor alguns contornos.

Em 2009, através do Despacho 14223 do Ministério da Saúde (MS), foi criado o programa “Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde”, coordenado pelo Departamento de Qualidade em Saúde, que estabelece como áreas prioritárias de atuação para se alcançar a Qualidade em Saúde (QeS): a qualidade clínica e organizacional, a transmissão de informação transparente ao cidadão, a segurança do doente, os programas de qualificação e acreditação nacional das unidades de saúde, a gestão integrada da doença e inovação, a gestão da mobilidade internacional de doentes e a avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS (MS, 2011).

Apesar da evolução consistente da qualidade dos cuidados e dos resultados positivos em saúde obtidos nos últimos anos com base na implementação de políticas de qualidade, existe ainda a necessidade de clarificar e normalizar formas de atuação a nível das instituições, que permitam uma prática inequivocamente promotora de um clima de qualidade organizacional (MS, 2010). Isto deve-se à crescente competitividade e desenvolvimento das instituições de saúde, que se têm preocupado cada vez mais com a aquisição e utilização de instrumentos que elevem os níveis de qualidade dos seus serviços (Santiago & Cunha, 2011), à exigência crescente da população em termos de cuidados de saúde - nomeadamente o aumento das doenças crónicas - assim como, ao aumento das expectativas dos clientes por uma assistência mais personalizada e centrada nas suas necessidades. Não podendo deixar de referir-se as pressões de ordem político-económica para que o investimento público na saúde se traduza em cuidados de qualidade eficientes e eficazes e para a exigência da autorregulação dos vários profissionais de saúde na utilização dos recursos disponíveis. Toda esta conjuntura leva a que no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, a qualidade mereça um lugar de destaque (MS, 2010).

Mezomo (2001) considera Avedis Donabedian como sendo o mestre da QeS, afirmando que esta é um conjunto de propriedades de um serviço, podendo ser definida como *“a obtenção de maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes”* (Mezomo, 2001, p.73). A qualidade pode também ser definida como *“uma forma de estar,*

de conviver e de actuar, no sentido de haver uma procura permanente de obtenção de melhores resultados a partir de um melhor desempenho de cada elemento interveniente no processo” (Delgado, 1997).

Corroborando Abreu (2007), a qualidade nos contextos da saúde constitui uma filosofia de gestão que irá permitir alcançar maior eficácia e eficiência no SNS, cabendo às instituições adequarem os recursos e criarem as estruturas necessárias a um exercício profissional de qualidade, apostando especificamente no desenvolvimento profissional dos atores envolvidos, promovendo o seu empenho na construção de uma filosofia global de qualidade organizacional (OE, 2001).

Ainda, segundo a OE (2001), é da consciência dos enfermeiros que a percepção sobre “cuidados de qualidade” é diferente de indivíduo para indivíduo, pelo que é requerido a estes profissionais a sensibilidade necessária para lidarem com essas mesmas diferenças, procurando sempre a satisfação dos clientes a quem dirigem os seus cuidados. Por outro lado, é importante ter presente que a percepção de qualidade também depende da perspectiva e valores de quem a define (MS, 2010), quando se pretende esclarecer o conceito de QeS no sentido de compreender as suas implicações a nível dos clientes que usufruem dos cuidados, dos profissionais que prestam esses cuidados e a nível das instituições de saúde.

Nesta perspectiva, a OE, bem como a OMS, o Conselho Internacional de Enfermeiros, o Conselho Nacional da Qualidade e o IQS, são organismos empenhados em definir e instituir sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos clientes no contexto da saúde (Carneiro, 2010). A OMS identifica o elevado grau de excelência profissional e eficiência na utilização dos recursos, com os riscos mínimos para os doentes e a satisfação dos profissionais, com a obtenção de resultados em saúde como as principais componentes de cuidados de saúde de qualidade (Soares, 2004).

No PNS 2011-2016 são identificadas dez dimensões associadas à problemática da QeS, que permitem melhor discriminar as diversas áreas de intervenção: efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito (MS, 2010).

O reconhecimento destas dimensões permitiu delinear estratégias exequíveis em diferentes níveis de atuação para a promoção da QeS. Estas passam por implementar uma estrutura de governação da qualidade dos cuidados de

saúde, definir metas nacionais na área da qualidade dos cuidados, promover uma cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do sistema de saúde, promover as melhores práticas ao nível da política de recursos humanos, ao nível do financiamento e sistema de pagamentos com impacto na qualidade, utilizar as Tecnologias de Informação e Comunicação como suporte e instrumento da melhoria da qualidade, elaborar e implementar normas de orientação clínica, promover a segurança e estratégias de gestão do risco, promover uma resposta integrada aos doentes crónicos, promover a participação e o *empowerment* dos doentes, assegurar as melhores condições para a mobilidade dos doentes, promover a acreditação das Unidades de Saúde e assegurar a monitorização da qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do sistema (MS, 2010).

Segundo a OE (2001), a QeS é uma tarefa multiprofissional, sendo imperativo a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal. A QeS não se atinge apenas através do exercício profissional dos enfermeiros, mas o papel destes profissionais revela-se determinante nos esforços das instituições para obter a máxima QeS, pela proximidade que têm com os clientes. A partir do momento que são definidos os padrões de qualidade em enfermagem, é imprescindível que cada enfermeiro contribua para o desenvolvimento dos sistemas de melhoria da qualidade contínua tanto do exercício profissional, como dos cuidados prestados. Além da apropriação por parte dos enfermeiros desses padrões de qualidade, é também necessário o apoio das instituições de saúde, no sentido de sensibilizar os profissionais para serem objetos de mudança (Cunha, 2008).

Neste sentido, as instituições de saúde devem ser promotoras da aplicação de uma prática reflexiva, com o planeamento de estratégias cujo objetivo é atingir os padrões de qualidade definidos. Estes pressupostos são determinantes na manutenção da segurança do cliente e essenciais nos cuidados de saúde de qualidade (Cunha, 2008).

A segurança do cliente é uma das principais dimensões da QeS, sendo a Gestão do Risco o principal instrumento para a garantia da mesma. A área da prestação de cuidados de saúde, devido à sua complexidade, encerra em si fatores que propiciam à ocorrência do erro, se não forem instituídas medidas de prevenção (Fragata & Martins, 2004). Se por um lado a ocorrência do erro deve fomentar momentos de reflexão e oportunidades de aprendizagem e melhoria

(Carneiro, 2010), é importante ativar todos os mecanismos para o prevenir.

De acordo com o MS (2011), são instrumentos de gestão do risco e prevenção do erro: os sistemas de notificação, os sistemas de alerta, auditorias, protocolos, decisões entre a equipa multidisciplinar, sistemas de verificação redundante, análise das taxas de mortalidade e morbidade, discussão de casos de evolução clínica inesperada e a formação contínua. Através da implementação e correta utilização destes instrumentos, espera-se que as equipas de saúde e as instituições consigam diminuir largamente o número de ocorrências de erros clínicos, reduzir os riscos inerentes à prática clínica, promovendo a segurança dos clientes e, em última instância, contribuir para a melhoria da QeS.

A OMS recomenda a adoção de uma atitude preventiva e de medidas de precaução por parte dos enfermeiros, reconhecendo a relevância do papel destes na manutenção da segurança do doente e na gestão dos riscos potenciais (WHO, 2004). No entanto, nem sempre estes mecanismos são utilizados da forma mais correta e quando deveriam. Estes fatores contribuem para o aumento do erro clínico e para que estes nem sempre sejam relatados e, consequentemente, detetados, devido a receios, dos profissionais, de punição (Nunes, 2006 cit. por Cunha, 2008). Isto é condição impeditiva para a discussão e aprendizagem através dos erros cometidos, em nada contribuindo para que estes sejam minimizados e para que se elejam novas estratégias de manutenção da segurança do doente.

É imprescindível que as instituições de saúde incentivem o relato do erro clínico num ambiente de abertura entre todos os profissionais, através da destruição das barreiras que os impedem de falar francamente sobre os aspetos que decorrem menos bem da prática clínica. Se não existir essa abertura, os profissionais fecham-se cada vez mais sobre os seus receios, o que contribui para uma prática solitária e insegura, colocando em risco o cliente. É necessário cultivar uma atmosfera de gestão dos riscos eminentes, pois só assim teremos profissionais de saúde envolvidos em promover a QeS através da busca contínua pela excelência do exercício.

A procura da competência técnica, o brio profissional e a utilização das normas de boas práticas constituem um bom princípio na garantia da qualidade, mas por si só não são suficientes, sendo necessários procedimentos organizacionais centrados na gestão da qualidade *“convenientemente estabelecidos, documentados, compreendidos e mantidos (...)”* (Abreu, 2007, p.200). Neste

contexto, os enfermeiros têm a obrigação de colaborar com os diferentes setores profissionais na busca contínua e conjunta da qualidade institucional.

De facto, os eventos adversos têm um impacto demasiado significativo na qualidade de vida das pessoas, assim como se traduzem em gastos consideráveis e, muitas vezes desnecessários, em cuidados de saúde. Este facto deve consciencializar os profissionais de saúde para o dever de procurar manter sempre a excelência nos cuidados que prestam, a partir do momento que assumem o compromisso profissional para com o cliente.

A QeS vista sob uma perspetiva organizacional, implica que os diferentes grupos profissionais procurem entre si estratégias de promoção da qualidade, como elementos de uma organização comum (Sale, 2000). A Enfermagem não é exceção e também ela procurou desenvolver mecanismos de monitorização das suas práticas. Neste âmbito, a SCE revela-se fundamental, fornecendo relevantes contributos na construção de normas e padrões de qualidade nas instituições de saúde.

1.4 Contributos da SCE para a Qualidade e Segurança dos Cuidados

A excelência do exercício da Enfermagem passa por um trajeto profissional estimulante de uma prática crítica e reflexiva, promotor da qualidade das práticas, em que a SCE representa um papel fundamental, capaz de produzir efeitos positivos largamente documentados pela evidência científica (Cruz, 2008).

As instituições de saúde são, geralmente, organizações complexas e com um elevado nível de exigência no que concerne à gestão dos recursos, aos processos de formação e à segurança dos cuidados. A implementação sistemática de processos de gestão da qualidade nos hospitais contribui para a disciplina das metodologias de trabalho, para a racionalização de recursos, assim como para a minimização das debilidades e erros e prevenção de potenciais problemas (Abreu, 2007). Assim, pressupõe-se *“um desenvolvimento contínuo através da mobilização das instâncias que a própria organização possui para planear, implementar e*

monitorizar estratégias de mudança” (Abreu, 2007, p.200).

A SCE representa uma ferramenta relevante para o desenvolvimento dos sistemas de gestão da qualidade, no que concerne à enfermagem. Considerando que os seus principais objetivos se prendem com o desenvolvimento de competências profissionais que estimulem a segurança e qualidade das práticas de enfermagem, esta constitui uma ponte de ligação direta entre a prática clínica e a qualidade dos cuidados (Garrido, 2004).

A SCE é uma forma de preservar e promover a qualidade pela monitorização das práticas. Os seus contributos traduzem-se na redução do número de reclamações, numa maior organização dos serviços e melhor desempenho das unidades de saúde, existindo autores que ressaltam a sua importância no desenvolvimento das competências clínicas, no apoio aos enfermeiros, suporte, estímulo e aumento do nível de confiança dos mesmos, bem como na diminuição da taxa de abandono da profissão (Abreu, 2007). Em suma, *“a satisfação profissional resultante reflecte-se numa melhor identificação com os objetivos da organização e com o seu projecto”* (Abreu, 2007, p.204), culminando numa colaboração efetiva e motivada entre profissionais e organização, propícia ao progresso de uma filosofia global de qualidade.

Quanto aos custos associados à SCE, existentes e inevitáveis, Nicklin (1997, p.54) argumenta que se for demonstrado que estes se refletem no contributo para a *“contenção da doença e absentismo, aumento da eficiência clínica, melhoria da qualidade de cuidados, diminuição de erros clínicos e reclamações, aumento na motivação do pessoal”*, então a SC é um instrumento válido, sendo os custos inerentes à mesma perfeitamente justificados. A SCE tem como consequência, além da satisfação profissional dos enfermeiros, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, através da reflexão permanente sobre as práticas de enfermagem desenvolvidas diariamente.

Santiago e Cunha (2011), no estudo que realizaram, puderam aferir que a SCE, quando implementada adequadamente nos serviços de saúde, representa um instrumento imprescindível no acompanhamento, avaliação e educação permanente da equipa de enfermagem, em prol de uma assistência de máxima qualidade ao cliente, contribuindo especificamente para a deteção precoce de problemas e sua resolução. Constitui-se como *“força motivadora de integração e coordenação dos recursos humanos e materiais de uma organização, tornando*

possível o desenvolvimento de um programa de trabalho ideal, eficiente e eficaz, visando a atingir um nível de excelência no serviço” (Santiago & Cunha, 2011, p.444). As autoras salientam, ainda, o seu contributo na organização e distribuição da equipa de enfermagem de acordo com as necessidades de cuidados dos clientes, no sentido de adequar as competências e pontos fortes de cada membro da equipa e cada caso concreto, isto numa perspetiva de qualidade na assistência à pessoa doente.

Hyrkäs e Paunonen-Ilmonen (2001) concluíram que a SCE tinha influência direta sobre os cuidados de enfermagem prestados, podendo ser considerada um mecanismo de intervenção promotor da qualidade da prática de enfermagem. Dois anos mais tarde, Hyrkäs e Lehti (2003) concluem que a implementação de um sistema de melhoria contínua da qualidade através da supervisão em equipa incrementa a satisfação dos clientes, assim como a qualidade global do cuidar em enfermagem.

Butterworth e Faugier (1992, cit. por Cheater & Hale, 2001), assim como Bishop (1998), relataram como primeiro benefício da SCE o aumento da qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Por outro lado, assumiram as mudanças organizacionais operadas, o aumento da confiança e segurança profissional, o desenvolvimento dos profissionais, a melhoria das relações interpessoais no local de trabalho, a diminuição dos níveis de stresse e redução na taxa de absentismo por doença, como outros benefícios passíveis de serem atingidos através da SCE. Por sua vez, Moores (1994, cit. por Winstanley & White, 2003) refere não ter qualquer dúvida relativamente aos efeitos positivos da SCE na prestação de cuidados de qualidade e, inclusivamente, no desenvolvimento de expertise profissional. Brunero e Stein-Parbury (2008) sugerem que a SCE providencia o suporte emocional e apoio entre os pares, assim como promove o desenvolvimento de competências e conhecimentos e representa um meio de promoção da responsabilidade profissional.

A SCE é hoje aceite como um sistema de apoio aos profissionais de saúde, nomeadamente, através do incentivo à reflexão e aprendizagem pelos problemas da prática clínica diária. Complementa, deste modo, todas as outras estratégias institucionais no suporte à gestão contínua de uma política de QeS (Williams & Irvine, 2009).

Como se pode concluir, são vários os autores que nos últimos anos se

focaram em estudar a relação da SCE com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Assim, a SCE deve ser implementada em todos os locais onde se pratique enfermagem (Garrido, Simões & Pires, 2008), na medida em que sustenta a prestação de cuidados de saúde qualificados, através da reflexão profunda sobre as práticas de enfermagem. Segundo os autores, os efeitos da supervisão serão usados em benefício dos clientes, uma vez que será incrementada a qualidade dos cuidados de que são alvo.

Desta forma, é urgente promover condições que propiciem a implementação da SCE, enquanto instrumento de estímulo à qualidade dos cuidados e agente dinâmico na satisfação profissional dos enfermeiros, na satisfação organizacional, bem como na satisfação dos clientes e suas famílias.

1.5 Supervisão Clínica em Enfermagem em Pediatria: Cuidar com Qualidade

O enfermeiro detentor de competências na área da saúde infantil e pediátrica visa obter ganhos em saúde através da promoção da qualidade dos cuidados prestados à criança/adolescente e família. E, representa um vetor importante na conceção e prestação de cuidados de enfermagem especializados na área pediátrica. Deve ser capaz de identificar as necessidades da criança e família e, de seguida, conceptualizar, executar, e avaliar as intervenções e resultados obtidos, com vista a dispensar os melhores cuidados a este cliente único e especial.

A hospitalização da criança desencadeia uma situação de stresse e crise evidentes para esta e também para a família. A partir do momento em que o internamento da criança é inevitável, o enfermeiro deverá encerrar em si competências que lhe permitam trabalhar com a família no sentido de manter um ambiente terapêutico onde coexistam os papéis familiares e a prestação de cuidados em harmonia, no melhor interesse da criança (Mano, 2002).

O papel da família, no que concerne à criança hospitalizada, foi modificando ao longo dos tempos, muito por um conjunto de alterações vividas a

nível social, mas também consequência da evolução da ciência médica e do desenvolvimento de todo um conjunto de serviços especializados de assistência infantil.

Em 1988, como consequência desta evolução, Anne Casey desenvolve o Modelo de Parceria de Cuidados, centrado no cuidado da criança e família. Este assenta no pressuposto de que os pais são os melhores prestadores de cuidados, respeitando e valorizando a experiência destes como primeiros conhecedores das necessidades dos seus filhos (Casey, 1993). Casey defende que, para preservar o saudável crescimento e desenvolvimento da criança, todos os cuidados devem ser baseados na proteção, estímulo e amor. Diz ainda que este modelo, em que os pais não são visitantes mas parceiros no cuidar, permite um crescimento físico, emocional e social da família (Ferreira & Costa, 2004).

Casey (1993) e Smith (1995 cit. por Mano, 2002) admitem que esta nova forma de cuidar integra cuidados centrados na família e cuidados negociados. Os primeiros referem-se ao *empowerment* da criança e família, para uma tomada de decisão capacitada no processo de cuidados, através da partilha de informação e conhecimento. Os cuidados negociados remetem para o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança e respeito mútuos, conduzindo a um plano de cuidados combinado mutuamente e a um nível de participação na prestação dos mesmos consoante o desejo e capacidades de cada família.

O modelo de parceria propõe uma abordagem flexível dos cuidados, embora sejam distinguidos cuidados familiares e cuidados de enfermagem, ou seja, os enfermeiros deveriam apenas prestar cuidados especializados, enquanto as necessidades básicas e de suporte da criança (alimentação, higiene, conforto, etc.) deveriam ser respondidas pela família, sempre que esta detenha capacidades físicas, emocionais e competências para garantir eficácia nessa resposta. Não devem existir barreiras vincadas quanto ao tipo de cuidados, mas sim uma complementaridade nas intervenções, visando o bem-estar da criança.

O cuidar em parceria é influenciado pela relação de parceria que se estabelece, a qual é determinante para o sucesso da conceção de cuidados, e que se estabelece desde a admissão da criança num internamento pediátrico. Também a cultura organizacional deve refletir qualidades consideradas importantes para o desenvolvimento de uma relação de parceria entre profissionais e família (Casey, 1993; Smith, 1995 cit. por Mano, 2002). Este modelo exige ainda o

desenvolvimento de competências de comunicação, ensino e trabalho em equipa por parte dos enfermeiros (Ferreira & Costa, 2004).

O modelo de parceria de cuidados constitui um meio eficaz de planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados à criança, diminuindo sentimentos de rejeição na díade pais-filho e a frustração dos profissionais de saúde, contribuindo para a humanização e qualidade dos cuidados no meio hospitalar (Carneiro, 2010).

No âmbito da saúde infantil e pediatria, a relação de parceria é desenvolvida diariamente entre enfermeiros e família da criança, com o objetivo de envolver os familiares, conferindo-lhes gradualmente mais autonomia, atentando ao desenvolvimento de capacidades e competências na prestação de cuidados (Rodrigues, 2010).

Silva (1997, cit. por Rodrigues, 2010) afirma a importância da supervisão na Enfermagem em diversas áreas, mas salienta o papel preponderante desta junto do cliente/família/comunidade na promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Para que o enfermeiro preste cuidados de qualidade ao cliente e sua família, a supervisão não pode ser colocada de lado, dado o seu carácter reflexivo na aquisição de estratégias que permitam aos enfermeiros incrementar as suas práticas numa atitude de cooperação entre a equipa multidisciplinar e para com o cliente e família.

Em outubro de 2011, a OE criou o documento “Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem”, em que a definição dos padrões de qualidade, no que concerne aos cuidados especializados à criança/adolescente, constituiu uma oportunidade para *“construir um instrumento que balize a qualidade dos cuidados especializados, que sirva como referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie os processos de melhoria contínua da qualidade”* (OE, 2011, p.1).

Este documento ressalva o foco do cuidar em pediatria, baseado numa visão holística da criança/adolescente, na promoção da sua autonomia, bem como a participação ativa dos pais/família nos cuidados prestados, desde uma menor a maior complexidade, através de processos de negociação, sendo este processo determinado largamente pela supervisão do enfermeiro (OE, 2011).

Neste sentido, entende-se que

“(...) é necessário que se capacite e disponibilize o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial. Esta relação é sustentada, fundamentalmente, por crenças e valores de que a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos bem como o seu contributo na prestação desses cuidados” (OE, 2011, p.5).

Sublinhando a importância de uma formação contínua e reflexiva, com vista ao desenvolvimento dos profissionais como forma de garantir a prestação de cuidados competentes, a OE (2011) definiu os padrões de qualidade específicos do cuidar da criança: a satisfação da criança/jovem, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação às condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem.

Em suma, o enfermeiro que exerce a sua atividade na área particular da pediatria deve demonstrar uma capacidade reflexiva acerca da prestação de cuidados, perspetivando sempre uma melhoria dos mesmos. Deve apresentar uma postura flexível para cooperar com as entidades organizacionais, com vista a assistir a criança/adolescente e as suas famílias e atuar como agente de mudança, alicerçado em conhecimentos científicos recentes. Para tal, deve investir na formação contínua e partilhar os seus conhecimentos com os demais profissionais, na procura constante de uma prestação de cuidados competente, segura e de qualidade máxima.

Considera-se, portanto, pertinente e relevante a implementação de processos de SCE em contextos de cuidados em pediatria, pois em ambientes clínicos deste nível de complexidade, é de facto fundamental que os enfermeiros tenham uma visão holística de toda a envolvência do cuidar da criança/adolescente, no sentido de promoverem a sua autonomia, mediando e gerindo a participação ativa dos pais/família na prestação dos cuidados, processo que exige a permanente supervisão por parte dos enfermeiros.

Sem dúvida que estamos perante contextos em que se exige dos profissionais a prestação de cuidados de qualidade à criança e família, o que passa também pela supervisão dos cuidados prestados pelos familiares, contextos estes que são de um elevado nível de exigência profissional, causadores de elevados

níveis de stresse e onde a SCE pode trazer contributos inestimáveis a diferentes níveis: quer pelo seu carácter reflexivo, que permite ao enfermeiro ampliar as suas competências e conhecimentos, desenvolvendo-se pessoal e profissionalmente, contribuindo para que consiga encontrar estratégias que lhe permitam incrementar a qualidade das suas práticas numa atitude de cooperação entre a equipa multidisciplinar e para com a criança e família; quer pelo seu carácter encorajador e de suporte, contribuindo para uma melhor gestão das emoções em situações clínicas complexas, para a redução do stresse e promoção do desenvolvimento humano.

Em síntese, entende-se que a implementação de *“(...) um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”*, conforme previsto no Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2010, p.5), beneficiaria o cuidar em Pediatria.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

De acordo com Fortin (2009), é através da investigação científica e do seu carácter sistemático que se adquirem novos conhecimentos baseados na melhor evidência.

A escolha do caminho a seguir num estudo quanto à metodologia a aplicar determina todo um conjunto de procedimentos dirigidos a um objetivo estabelecido, no sentido de gerar esses conhecimentos científicos credíveis e rigorosos (Boavida & Amado, 2008). Inclusive, referem ainda os mesmos autores, só a utilização e consequente cumprimento dos métodos adequados ao objetivo traçado, conduzem à construção de conhecimentos potenciadores do avanço científico.

Se as metodologias de investigação adotam diferentes abordagens relativas à forma de encarar o fenómeno em estudo, o investigador assume perante o seu objeto de pesquisa uma visão característica do método de pesquisa eleito (Fortin, 2009). Assim, a opção da metodologia a utilizar depende muito do problema colocado pelo investigador e da orientação que este quer dar ao seu trabalho, em função dos objetivos traçados (Martins, 2004; Fortin, 2009).

Na tomada de decisão entre o método quantitativo e o método qualitativo, a escolha recai sobre uma orientação ora de análise e verificação dos fenómenos através dos dados recolhidos, ora de exploração, compreensão e interpretação dos fenómenos no seu meio natural, tal como estes se apresentam (Farias, 2006).

Partindo deste pressuposto, neste capítulo pretende-se descrever todas as decisões metodológicas assumidas com a finalidade última de obter resposta à questão de partida, que se prende com perceber as políticas de supervisão de pares em uso num serviço de Pediatria e as dimensões que os enfermeiros consideram relevantes para um programa de SCE.

2.1 Tipo de Estudo

Se até meados da década de 80, a investigação em Enfermagem era direcionada principalmente pelo paradigma positivista em que assenta a metodologia quantitativa, a partir desta altura constatou-se toda a complexidade que envolve o indivíduo e os processos de saúde-doença, obrigando a produção científica em enfermagem a investir também numa abordagem direcionada para a interpretação, que possibilitasse a compreensão do ser humano em interação com o meio nas suas diferentes dimensões (Martinez, Souza & Tocantins, 2012).

Segundo Burns e Groves (2010), essa abordagem proporciona o entendimento alargado da experiência humana e dos fenómenos associados, com vista à construção de teorias descritoras e interpretativas sobre esses fenómenos. Bogdan e Biklen (1994, p.49) reforçam que *“a abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial (...) que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objecto de estudo”*.

Assim, a investigação qualitativa encerra os seus princípios num paradigma naturalista, conferindo ao estudo uma conceção holística, tentando compreender um fenómeno em todas as suas dimensões e esplendor, procurando conhecê-lo em profundidade e tendo por base da construção do saber a significação. Para o naturalismo, a realidade é percecionada de forma diferente por cada indivíduo e pode mesmo mudar com o tempo. Os fenómenos humanos são encarados como únicos e imprevisíveis (Fortin, 2009), servindo a metodologia qualitativa *“(...) para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a acção; faz uso do raciocínio indutivo e tem por finalidade chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos (...)”* (Fortin, 2009, p.20).

Este método de investigação não pretende uma verificação sistemática dos resultados obtidos e conclusões. Antes, busca a explicação dos fenómenos no sentido de orientar para a construção de saberes emergentes com significado importante para os indivíduos ou contextos em estudo (Pinto, 2004). Tendo em conta que a emoção humana não é passível de ser quantificada, Burns e Groves (2010) defendem a utilização da metodologia qualitativa como mais efetiva no que concerne a estudos que envolvam a significação dos contextos para os indivíduos,

pois procura entender o significado do fenómeno em estudo para a vida das pessoas num determinado contexto, em prol do estudo do fenómeno em si (Turato, 2005).

O mesmo autor salienta “(...) *ainda o termo processo, aqui particularmente rico, caracterizando o método qualitativo como aquele que quer entender como o objecto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o produto, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados*” (Turato, 2005, p.509).

O importante não reside na preocupação com a generalização; o método qualitativo assenta no estudo em amplitude e profundidade da realidade, com o fim último de construir uma explicação válida e contextualizada (Martins, 2004).

Fortin (2009) aponta o objetivo das investigações qualitativas para a descoberta, a exploração e a descrição dos fenómenos, no sentido de compreender a sua essência. Diz-nos que, concetualmente, a utilização deste método pressupõe a exploração de um assunto ainda pouco conhecido do ponto de vista da sua significação.

Pope e Mays (2009, cit. por Luz et al., 2012) reforçam a importância de basear as decisões metodológicas na questão de origem colocada pelo investigador. Ou seja, esta dita o caminho a percorrer, delineando as várias etapas relativas à concretização do projeto.

Considerando as características do método qualitativo, torna-se evidente a sua adequação a este estudo, na medida em que a compreensão das diferentes perspetivas dos enfermeiros quanto a aspetos relevantes para um programa de SCE a implementar num serviço de Pediatria, requer a aplicação de técnicas de interpretação flexíveis para alcançar um conhecimento abrangente do fenómeno em análise (Denzin & Lincoln, 2006 cit. por Luz et al., 2012). A abordagem qualitativa permitirá, ainda, melhor descrever as políticas de supervisão de pares em uso num serviço de Pediatria.

2.2 Pertinência do Estudo

Antes de empreender esforços na execução de um estudo de investigação, o pesquisador deve estar convencido do valor da questão de partida para a construção do conhecimento numa determinada disciplina, assim como do seu valor para os indivíduos e contexto em análise. Deve ser capaz de justificar a pertinência de explorar o tema que escolheu, nomeadamente na sua utilidade para a prática profissional e progresso científico (Fortin, 2009).

Na procura da excelência dos cuidados de enfermagem, a SC apresenta-se como estratégia potenciadora do cuidar baseado na reflexão das práticas, devendo fornecer indicadores de qualidade institucionais. Assim, é imperativo que os enfermeiros assumam a SC como parte da sua formação profissional contínua, tornando-se agentes ativos na melhoria das práticas, numa perspetiva individual e institucional.

Como referido anteriormente, atendendo à especificidade de um serviço de Pediatria, no que concerne aos vários intervenientes no processo de cuidados à criança, nomeadamente os pais/família, a implementação de práticas supervisivas adquire especial importância, na medida em que o enfermeiro vê as suas ações avaliadas por diferentes agentes participativos nos cuidados à criança.

Coombes (1997, cit. por Abreu, 2007) afirma que os dados obtidos pela investigação devem ser fator impulsionador da melhoria dos cuidados de enfermagem e devem motivar os profissionais a interrogar-se sobre o que a profissão pretende da supervisão clínica e de que forma a podem desenvolver, de acordo com os contextos específicos. Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja (2006) realizaram um estudo num hospital finlandês que demonstrou a forte influência da SC na qualidade dos cuidados, dependendo dos recursos, estratégias e outras problemáticas locais.

É nesta perspetiva que o presente estudo encontra a sua justificação, almejando na sua essência ser objeto contributivo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem.

2.3 Finalidade e Objetivos

Este estudo tem como finalidade perceber qual a importância atribuída pelos enfermeiros à SCE, e às suas diferentes dimensões, como estratégia promotora da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem em Pediatria.

Delineada a finalidade, torna-se necessária a estruturação dos objetivos do estudo. Segundo Creswell (2003, cit. por Fortin, 2009), o enunciado de um objetivo de um estudo de caráter qualitativo deve utilizar termos próprios deste paradigma, no sentido em que se concentra toda a atenção num único fenómeno a explorar e não em possíveis relações entre diferentes variáveis. No fundo, “*o enunciado do objetivo indica a direcção da investigação*” (Fortin, 2009, p. 294).

Pretende-se realizar um estudo sobre políticas de SCE em Pediatria, com o objetivo último de perceber as políticas de supervisão de pares em uso e as dimensões que os enfermeiros consideram relevantes para um programa de SCE.

Foram, então, delimitados os seguintes objetivos específicos:

1. Conhecer as perceções dos participantes sobre a SCE;
2. Identificar as atividades de supervisão desenvolvidas num serviço de Pediatria;
3. Identificar as atividades de supervisão desenvolvidas pelos participantes;
4. Conhecer as dimensões que os participantes consideram relevantes para um programa de SCE, num serviço de Pediatria.

2.4 Questões Orientadoras

O tipo de questões colocadas em qualquer investigação define de certa forma a metodologia a utilizar, delimitando o âmbito do estudo na medida em que podem ter um caráter descritivo, explicativo ou preditivo, de acordo com a extensão de conhecimentos existentes sobre o tema em estudo. De acordo com

Fortin (2009, p.72-73), “*uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe*”. Assim, “*pela sua própria formulação, a questão de investigação dá indicações sobre o método de investigação que será empregue*” (Fortin, 2009, p.81).

Na investigação qualitativa, as questões de investigação precisam os temas a aprofundar com a utilização dos instrumentos de colheita de dados eleitos (Creswell, 2003 cit. por Fortin, 2009). Têm como função orientar toda a organização da recolha de dados, no sentido de dar resposta aos objetivos do estudo.

As questões orientadoras formuladas para este estudo foram:

- Quais as representações dos enfermeiros relativamente à SCE?
- Que atividades de supervisão são desenvolvidas no serviço de Pediatria na perspetiva dos enfermeiros?
- Que atividades de supervisão são desenvolvidas pelos enfermeiros no serviço de Pediatria?
- Quais as dimensões que os enfermeiros consideram relevantes para um programa de SCE, num serviço de Pediatria?

2.5 Contexto do Estudo

Através do Decreto-Lei nº 326/2007, de 28 de setembro foi criado o atual Centro Hospitalar do Porto (CHP), E.P.E., que implicou a fusão entre o Hospital Geral de Santo António, E.P.E., o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis (CHP, s.d.a.).

É objetivo deste centro hospitalar pautar a sua evolução pela busca da excelência nos cuidados prestados aos seus clientes, pelo que privilegia uma política de qualidade institucional através do desenvolvimento de projetos de melhoria contínua. Com estes procedimentos pretende garantir a segurança para os clientes, visitantes e profissionais e obter a satisfação de todos os envolvidos,

para assim ver o seu empenho reconhecido por entidades externas credíveis. Valoriza a formação pessoal e profissional de cada colaborador e incentiva à investigação com o intuito de contribuir para o crescimento do conhecimento científico em saúde (CHP, s.d.b.).

O CHP está organizado atualmente em 14 departamentos e respetivos serviços, e o Internamento Médico e Cirúrgico de Pediatria integra o Departamento da Infância e da Adolescência. Tendo em conta que este estudo decorreu concomitantemente a uma série de alterações organizacionais e estruturais deste departamento, importa descrever aquele que foi o percurso do Serviço de Pediatria até aos dias de hoje.

Após a formação do CHP por Decreto-Lei em 2007, os serviços do então Departamento da Mulher e da Criança mantiveram a sua localização e organização até meados de 2010. Assim, continuou a funcionar o Serviço de Pediatria, o Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e a Consulta Externa de Pediatria na Unidade Hospital de Santo António e, de forma independente, mantiveram-se igualmente todos os serviços de Pediatria na Unidade Hospital Maria Pia: Internamento Médico-Cirúrgico de Lactentes, Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico, Serviço de Nefrologia Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidade de Internamento de Curta Duração e Consulta Externa. Todos os cuidados intensivos neonatais foram concentrados no Serviço de Neonatologia da Unidade Maternidade Júlio Dinis.

Em julho de 2010, o Serviço de Pediatria e o Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos da Unidade Hospital de Santo António fecham as portas para integrarem as suas valências nos serviços existentes na Unidade Hospital Maria Pia. Posteriormente, em março de 2012, fazem-se novas mudanças nesta área e passa a existir um único serviço de Internamento Médico e Cirúrgico Pediátrico (com todas as valências de internamento existentes no Hospital Maria Pia) e um Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, ambos situados nas instalações físicas do Hospital de Santo António.

Todas estas alterações implicaram desde sempre um fim último, o de futuramente concentrar todas as áreas de Pediatria e Obstetrícia, relacionadas com a mulher e a criança/adolescente, no Centro Materno-Infantil do Norte, ainda em edificação.

Estas reformulações envolveram modificações estruturais físicas, a nível da

organização dos serviços, assim como a nível de todos os recursos, inclusive humanos. No decorrer deste processo houve realocações dos profissionais de saúde mediante as necessidades e critérios pré-definidos, o que se traduz atualmente numa equipa de enfermagem com diferentes experiências da prática clínica.

Este estudo teve início em outubro de 2011, decorrendo durante todo este processo de transição, pelo que a recolha dos dados ao grupo de participantes foi realizada apenas após estar concluída a última mudança estrutural. Uma vez que a transferência para a Unidade Hospital de Santo António foi oficializada apenas em Fevereiro de 2012, foi necessário um período de interregno até à autorização para realização do estudo em causa pelas entidades competentes.

Concluindo, este estudo foi realizado no atual Internamento Médico e Cirúrgico do CHP. O serviço dispõe de 32 camas para internamento de lactentes, crianças e adolescentes, e de quatro camas numa sala específica para realização de hemodiálise. A equipa de enfermagem é constituída por 37 enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe, esta especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Dos restantes enfermeiros, um é especialista em reabilitação, 18 são especialistas em saúde infantil e pediatria, cinco têm a especialidade de saúde infantil e pediatria e 12 são enfermeiros generalistas.

O método de trabalho adotado pelos enfermeiros é o individual, existindo sempre uma responsável de turno para resolução de questões relacionadas com a organização do serviço e uma enfermeira com experiência em nefrologia para garantir todos os cuidados específicos desta área em cada turno. A enfermeira especialista em reabilitação exerce funções no turno da manhã, prestando cuidados essencialmente de cinesiterapia, entre outros, mediante as necessidades de reabilitação das crianças internadas.

A documentação dos cuidados de enfermagem é feita informaticamente através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE®, versão Beta 2.

2.6 Grupo de Participantes

Na investigação qualitativa, a escolha dos participantes não é aleatória como acontece na metodologia quantitativa. Neste caso, o grupo de participantes escolhido obedece a uma série de critérios para garantir que as características destes funcionam como catalisadores para dar resposta aos objetivos do estudo (Fortin, 2009). Segundo Ribeiro (2010), esta seleção depende das características da investigação e do contexto envolvente. Por outro lado, é essencial a compreensão mútua do investigador e dos participantes sobre o estudo a realizar, visto que se pretende assimilar o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos participantes (Fortin, 2009).

A mesma autora refere ainda que o número de participantes é geralmente pequeno, dependendo da complexidade do fenómeno em análise e pode aumentar se se tratar da elaboração de uma teoria. Para Sandelowski (cit. por Fortin, 2009), no fim, o número de participantes vai ser determinado pela saturação dos dados, ou seja, quando a aquisição de novos testemunhos já não traz nada de novo para a investigação.

Partindo destes pressupostos, nesta investigação estamos perante uma amostra não probabilística intencional ou por escolha racional, constituída por 12 enfermeiros a exercer funções no Internamento Médico e Cirúrgico Pediátrico do CHP, sendo este o único critério de inclusão. No entanto, neste processo de escolha dos participantes, procurou-se obter um leque de experiências profissionais variado tanto em tempo de experiência em Pediatria, como em formação e funções desempenhadas no serviço. Neste caso, tratou-se de constituir uma amostra em que os participantes possuem determinadas características procuradas para dar resposta ao problema de investigação (Fortin, 2009).

Como já foi referido anteriormente, na contextualização, esta equipa encontra-se ainda em processo de adaptação devido a todas as mudanças vividas e os profissionais de enfermagem provêm de contextos de trabalho diferentes, embora todos da área da Pediatria.

2.7 Instrumento e Processo de Recolha de Dados

Em investigação qualitativa, os métodos de colheita de dados flexíveis e posterior análise favorecem o aprofundamento dos conhecimentos sobre os fenómenos (Fortin, 2009). Esta é uma característica que demarca a metodologia qualitativa (Martins, 2004), permitindo a aquisição de informações abrangentes sobre os objetos de estudo e produzindo uma riqueza e variedade de dados que não é possível numa abordagem quantitativa.

A entrevista constitui o principal método de recolha de dados das investigações qualitativas, pois proporciona ao entrevistador uma vasta amplitude de dados para análise e permite ao sujeito entrevistado transmitir as suas ideias e opiniões de forma não condicionada (Bogdan & Biklen, 1994). É geralmente não estruturada e engloba questões abertas (Fortin, 2009).

Neste âmbito, a natureza do presente estudo levou a que se privilegiasse como método de recolha de dados a entrevista semiestruturada, sendo colocadas questões abertas específicas sobre os vários assuntos que se pretendiam ver abordados pelos sujeitos participantes, mas com um carácter flexível possibilitando a livre expressão dos pontos de vista dos entrevistados. Aqui pretendia-se que os entrevistados, independentemente de possuírem formação em SCE, fossem capazes de expressar todas as suas perceções sobre o assunto. Por outro lado, o facto de a entrevista não ser totalmente estruturada permitiu qualquer esclarecimento adicional do investigador quando as questões suscitaram dúvidas aos entrevistados.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi uma entrevista (Anexo I), com gravação áudio, adaptada da entrevista construída e aplicada por Pires em contexto dos cuidados de saúde primários, no âmbito da sua tese de Doutoramento. Esta encontra-se dividida em cinco blocos de questões que visam obter informações respetivamente sobre: representações sobre a SCE, representações sobre o trabalho e supervisão das práticas, caracterização da supervisão, evolução do sistema de supervisão e designação e relações funcionais do supervisor.

O entrevistado constitui também um fator crítico ao instrumento de colheita de dados, pelo que há a referir que foi realizada uma entrevista pré-

teste, a um enfermeiro do serviço de Pediatria do CHP, sendo este elemento questionado, após a realização da entrevista, sobre a existência ou não de dificuldades na compreensão das questões e clareza das mesmas. Esta entrevista serviu, igualmente, de treino e de preparação, para o entrevistador. Não houve mudanças significativas no guião final da entrevista, à exceção de uma pequena alteração quanto à ordem de colocação das questões do Bloco IV (a questão 13 passou a ser a 12).

A colheita de dados decorreu entre 15 de abril de 2012 e 25 de maio de 2012. Para a realização de cada entrevista, foi combinado com o entrevistado uma data de acordo com a sua disponibilidade e um local neutro, onde o processo de recolha de informação pudesse decorrer sem interrupções. Todas as entrevistas foram realizadas pelo investigador, foram alvo de gravação áudio e transcritas na íntegra de seguida. Tiveram uma duração mínima de 30 minutos e máxima de 80 minutos; em média, a duração das entrevistas rondou os 48 minutos.

2.8 Procedimentos Adotados na Análise de Dados

Uma das características mais definidoras da metodologia qualitativa reside na heterodoxia na análise dos dados. A variedade de material obtido através de métodos de recolha de dados qualitativos exige do investigador “*uma capacidade integrativa e analítica*” (Martins, 2004, p.292).

Se numa investigação quantitativa os dados são analisados de forma sequencial, qualitativamente os dados colhidos nas entrevistas ou observações são constantemente estudados com o objetivo de determinar que assuntos há a explorar mais com os entrevistados (Fortin, 2009).

Campos e Turato (2009) apontam a análise de conteúdo como a estratégia de análise de dados qualitativos mais adequada, abrangendo um conjunto de técnicas com o objetivo último de descobrir sentidos escondidos nos discursos dos participantes quando entrevistados.

A análise de conteúdo não é mais do que “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações*” (Bardin, 2008, p.33). É uma técnica que procura

agrupar o conteúdo manifesto nos discursos dos participantes, num conjunto de categorias de significação, com o fim último de objetivar o mais possível esses significados (Amado, 2000). Segundo o autor, é esta a característica que permite aplicar a análise de conteúdo a uma grande variedade de comunicações, sobretudo às de carácter subjetivo.

Para se proceder à análise, segue-se um conjunto de passos predefinidos que conferem rigor e profundidade ao processo, na tentativa de dar resposta aos objetivos estabelecidos para o estudo (Amado, 2000).

Numa fase de pré-análise em que o objetivo é a organização dos dados a analisar (Bardin, 2008), começou-se por efetuar a *leitura flutuante* das entrevistas transcritas, para se estabelecer um primeiro contacto com as informações a analisar (Bardin, 2008; Campos & Turato, 2009). Daqui, foi possível identificar temas emergentes nos discursos dos participantes com especial relevância para os objetivos do estudo. Diz-nos Amado (2000) que, no fundo, uma primeira leitura da documentação permite fazer um esboço das áreas temáticas que resultarão num sistema de categorias possível.

Posteriormente procedeu-se ao processo de categorização que, como refere Bardin (2008, p.147), tem como objetivo primordial “*fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto*”. No decurso deste exercício taxonómico estiveram patentes as características a que deve obedecer uma categoria: a exclusividade, a exaustividade, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a produtividade (Bardin, 2008).

Este conjunto de qualidades confere o rigor e a validade necessários às categorias finais definidas, que resultaram de leituras exaustivas e sucessivas dos documentos em análise. Este processo envolveu a desconstrução e reorganização de categorias, tendo em conta o reagrupamento das unidades de registo de acordo com indicadores de significado que no final, se revelaram satisfatórios e válidos tendo em consideração os critérios que presidiram à análise.

2.9 Procedimentos Éticos

O comprometimento com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho do mesmo seja sólido do ponto de vista ético.

Uma vez que a investigação em saúde envolve seres humanos, desde o início do processo de pesquisa são levantadas questões éticas relacionadas com cada etapa do estudo: a escolha do tema; a escolha dos participantes e consequente pedido formal para a realização da investigação às entidades competentes; até à técnica de recolha e de interpretação dos dados. Independentemente do tema estudado em saúde, o estudo deve ser conduzido atentando ao respeito pelos direitos da pessoa (Fortin, 2009).

Para a presente investigação, após a seleção do tema e dos participantes, foram entregues em fevereiro de 2012 os pedidos de apreciação do trabalho a realizar, obtendo parecer favorável final do Conselho de Administração, da Comissão de Ética para a Saúde e do Gabinete Coordenador de Investigação do CHP a 14 de abril de 2012 (Anexo II). Foi também endereçado um pedido ao autor da entrevista para a utilização da mesma neste estudo, o qual obteve parecer positivo (Anexo III).

O grupo de participantes foi voluntário, assentando no princípio da autonomia, certificando que toda a informação sobre o estudo lhes foi facultada para que tomassem uma decisão consciente e informada. Antes da realização de cada entrevista, foi fornecido ao entrevistado um documento com a toda a informação relevante sobre o estudo (Anexo IV), assim como o documento de consentimento informado (Anexo V), que foi assinado voluntariamente por todos os participantes antes do início da entrevista. Foi dada a oportunidade de colocarem dúvidas que quisessem ver esclarecidas em qualquer fase da recolha dos dados.

O respeito pela escolha esclarecida assenta na premissa de que toda a pessoa tem o direito de decidir livremente por si própria a sua participação no estudo de investigação. Impõe-se que o sujeito tenha obtido e compreendido toda a informação essencial para decidir envolver-se ou não na investigação e até, inclusive, desistir a qualquer momento (Fortin, 2009). Todos os participantes

foram informados sobre a possibilidade de desistência em qualquer fase do processo de investigação, sem que daí adviesse qualquer constrangimento.

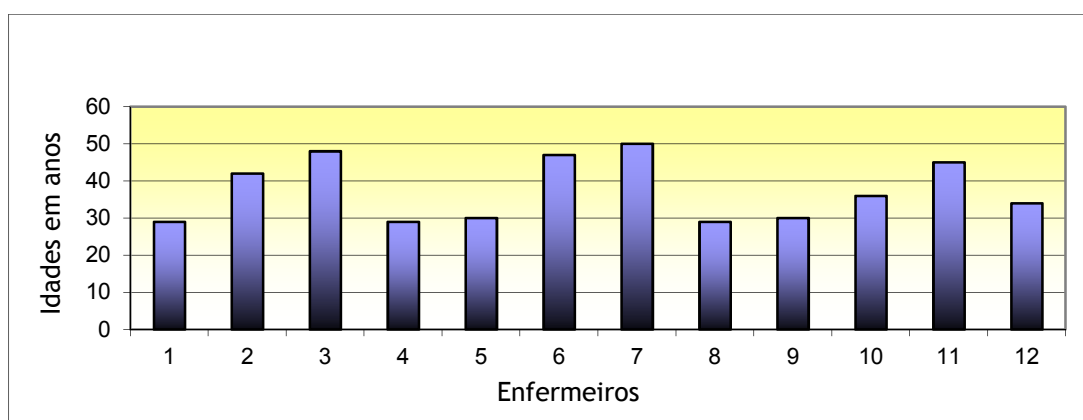
A metodologia qualitativa é a que levanta mais questões éticas do ponto de vista da proximidade entre investigador e investigados (Martins, 2004). Todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo foram mantidos sob confidencialidade e foi preservado o anonimato dos mesmos, garantindo completamente a sua privacidade. Assegurou-se a confidencialidade dos dados fornecidos, que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação. Para Fortin (2009), o investigador deve assegurar a confidencialidade desde a fase de recolha e análise dos dados, até à apresentação dos resultados. Deste modo, e para esse efeito, os entrevistados são identificados ao longo deste trabalho como *E001*, *E002*, *E003*, etc.

Por último, foi garantido que todos os participantes fossem tratados com dignidade e respeito na sua individualidade.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os participantes da presente investigação são todos do sexo feminino, uma vez que todos os profissionais de enfermagem do Internamento Médico e Cirúrgico Pediátrico do CHP são do sexo feminino. Têm idades compreendidas entre os 29 e os 50 anos (Gráfico 1), sendo a média de idades de 37,4 anos e o desvio padrão (DP) de 8,4 anos.

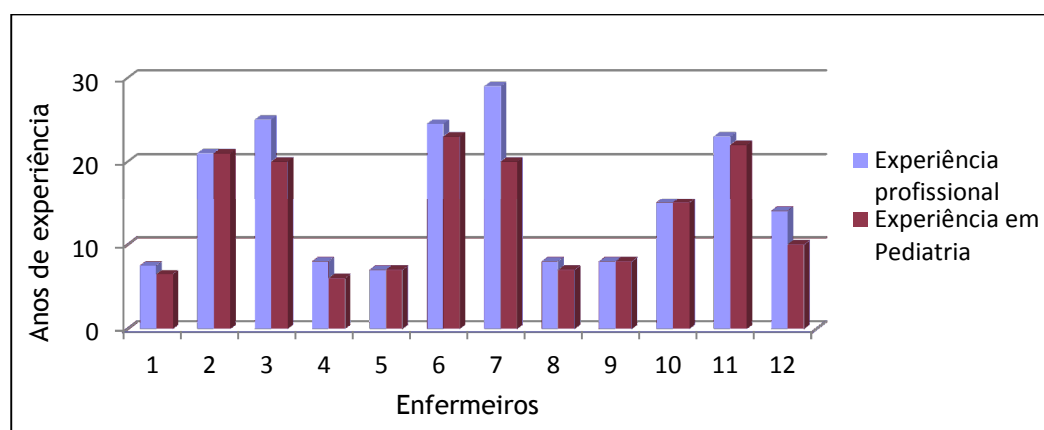
Gráfico 1: Distribuição da amostra por idades



Relativamente às habilitações académicas, 10 dos participantes possuem Licenciatura em Enfermagem, um tem Mestrado e um encontra-se a realizar em simultâneo Mestrado e Doutoramento.

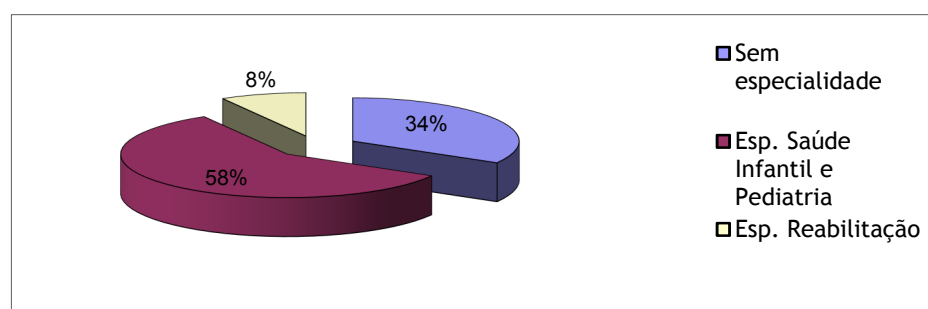
Possuem um tempo de experiência profissional (Gráfico 2) de sete a 29 anos, com uma média de 15,8 anos (DP = 8,2 anos). Relativamente à experiência em serviços de Pediatria (Gráfico 2), varia entre os seis e os 23 anos, em média 13,8 anos de experiência profissional na área da Pediatria (DP = 7 anos).

Gráfico 2: Experiência profissional e experiência em serviços de Pediatria



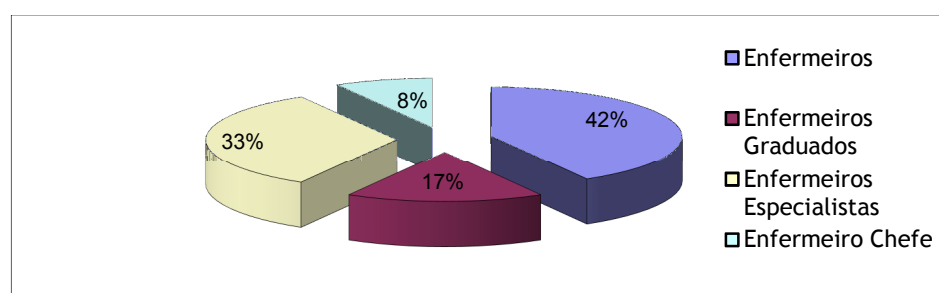
Têm Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria sete dos participantes e um é detentor da Especialidade de Reabilitação, sendo que os restantes quatro participantes não fizeram qualquer especialidade (Gráfico 3).

Gráfico 3: Habilitações profissionais dos enfermeiros



No que concerne à categoria profissional, cinco são enfermeiros, dois são enfermeiros graduados, quatro são enfermeiros especialistas e um é enfermeiro chefe (Gráfico 4).

Gráfico 4: Categoria profissional



Possuem também vínculos contratuais diferentes com a instituição empregadora, sendo que sete pertencem ao quadro da função pública e cinco têm contrato individual de trabalho por tempo indeterminado.

Quanto à formação em SCE, seis dos participantes referem não ter qualquer tipo de formação nesta área, dois referiram ter tido noções sobre SCE numa das unidades curriculares do curso de especialização em enfermagem, um fez uma formação proporcionada pelo CHP, dois possuem cursos lecionados por escolas de enfermagem e um possui pós-graduação em SCE. No entanto, a SCE foi considerada pelos participantes uma área em crescimento, na qual ponderam investir no futuro, a nível de formação.

Ainda a referir que não foi facultada qualquer tipo de formação em SCE aos participantes antes da recolha de dados.

Após a análise detalhada do discurso dos enfermeiros entrevistados, a informação recolhida foi organizada em domínios, categorias e subcategorias. Relativamente aos domínios, estes apontam para cinco áreas fundamentais:

- A. Representações sobre a SCE;
- B. Representações sobre o Supervisor Clínico;
- C. Supervisão em uso;
- D. SCE desejada;
- E. SCE, Segurança e Qualidade dos Cuidados.

A apresentação e análise dos dados referentes a cada domínio, categoria e subcategoria serão descritos ao longo dos próximos subcapítulos.

3.1. Representações sobre a SCE

Este primeiro domínio refere-se às representações dos enfermeiros sobre a SCE e pretende concretizar a forma como os enfermeiros concetualizam e qualificam a mesma. Após a análise do discurso dos enfermeiros emergiram seis categorias: “Função Formativa”, “Função Restaurativa”, “Função Normativa”, “Relação Supervisiva”, “Dúvidas sobre o âmbito da SC” e “Relevância da SCE”,

bem como diversas subcategorias (Quadro 1).

Quadro 1: Representações sobre a SCE

Categorias	Subcategorias
Função Formativa	Ensino
	Orientação
	Desenvolvimento de competências
	Observação
Função Restaurativa	Acompanhamento
	Relação
	Apoio
	Ajuda na resolução de conflitos
Função Normativa	Avaliação das práticas
	Qualidade dos cuidados
Relação Supervisiva	Confiança
	Abertura entre supervisor e supervisionado
	Motivação para o processo de supervisão
	Empatia
	Imparcialidade
Dúvidas sobre o âmbito da SC	Supervisão de estudantes
	Supervisão dos enfermeiros em período de aquisição de novas competências
	Integração de novos enfermeiros
	Supervisão de pares
Relevância da SCE	Qualidade e segurança dos cuidados
	Relação da equipa

Na evidência disponível na área da SCE encontram-se referências a vários modelos de supervisão com aplicação na área de enfermagem, sendo o modelo de Proctor, denominado de *Supervision Alliance Model* (1986), um dos modelos mais conceituados no âmbito da Enfermagem, com grande influência e credibilidade no meio, sendo advogado para uma grande diversidade de contextos profissionais, nomeadamente em contexto hospitalar (Sloan & Watson, 2002).

Face à análise do discurso dos participantes, emergiram dados que nos levaram a identificar três categorias que consideramos inerentes às funções que são contempladas no modelo proposto por Proctor (1986): a “Função Formativa”, que visa proporcionar o desenvolvimento de habilidades, compreensão e reflexão, explorando as experiências de trabalho do supervisionado com o cliente; a “Função Restaurativa”, que provê o apoio ao supervisionado que lhe permita lidar com as emoções face às situações com que se confronta; e a “Função Normativa”, que realça a importância profissional, a competência, a responsabilidade e os padrões organizacionais, ou seja, inclui a provisão do controlo da qualidade.

Na categoria “Função Formativa” emergiram as subcategorias: “Ensino”, “Orientação”, “Desenvolvimento de competências” e “Observação”. Foi possível perceber que os enfermeiros veem a SCE como uma componente de ensino:

“(...) supervisão clínica será, portanto (...) um ensino à área de enfermagem, às suas competências (...) portanto, ao seu trabalho, ao estabelecimento do plano de cuidados (...).” E006, “(...) uma transmissão da maneira como fazemos (...).” E002, “(...) o ensino também das novas tecnologias.” E006, “(...) transmissão de conhecimentos aos colegas... é tu teres a oportunidade de dizer algo para melhorar o conhecimento da equipa.” E004.

Estes resultados assemelham-se aos de Richards (2011) que foca a existência de um processo de aprendizagem levado a cabo através da supervisão, em que os profissionais mais novos aprendem e apreendem conhecimentos e competências através da experiência de profissionais peritos. Este processo engloba momentos de ensino teórico, o esclarecimento de dúvidas relativas a conhecimentos adquiridos e momentos de orientação do supervisor na aplicação desses conhecimentos teóricos à prática.

Carvalho (2002) refere-se ao ato de orientar como sendo um processo em que se pretende assistir o supervisionado e encaminhá-lo na apropriação e mobilização de saberes teóricos e práticos, dotando-o das competências necessárias ao exercício profissional. A disponibilidade e estabilidade da orientação assumem um papel central no contexto da SCE (Ramos, 2003). No nosso estudo foi possível perceber que os enfermeiros consideram que a “Orientação” integra o processo supervensivo:

“A supervisão clínica... é algo que serve para nos orientar.” E008, “[SCE] ... a ideia que eu tinha é ... orientação (...).” E003, “(...) orientação, portanto, a todos os níveis na área da enfermagem prática e teórica também. Portanto, com o conhecimento, com os objetivos traçados (...).” E006.

Os participantes consideram que a SCE tem por objetivo o “Desenvolvimento de competências” dos enfermeiros envolvidos no processo de supervisão, ressaltando que esta se constitui como meio para desenvolver e adquirir novas competências nas diferentes áreas do *saber*, do *saber fazer* e do *saber ser*, evidenciando o caráter holístico das competências do enfermeiro para o exercício profissional:

“[SCE] (...) com vista a desenvolver... ao desenvolvimento das competências desses mesmos profissionais.” E001, “(...) podemos desenvolver novas competências e temos que orientá-los nesse sentido (...) a supervisão passa (...) por melhorar conhecimentos e competências (...).” E004.

Estes resultados corroboram Richards (2011) que refere a aquisição e desenvolvimento de competências através do contacto com o supervisor, alguém considerado como perito. Cheater e Hale (2001) referem que a SC é um processo, através do qual os enfermeiros analisam as suas práticas e, através dessa reflexão, desenvolvem competências e conhecimentos. Consideram que a supervisão constitui a base do desenvolvimento profissional contínuo, na medida em que são detetadas e colmatadas necessidades individuais de formação.

Barribal, While e Münch (2004) vêm reforçar que a SC constitui a oportunidade para os profissionais reverem as suas práticas sob o olhar de outrem, o que os ajuda a melhorarem as suas competências técnicas e emocionais para o exercício profissional, sempre em benefício último do cliente.

Os processos de supervisão devem assentar na observação (Alarcão & Tavares, 2007), pois esta permite ao supervisor observar o desempenho do supervisionado no sentido de poder dar *feedback* que permita a reflexão sobre os fenómenos observados e a sua melhor compreensão, tendo em vista a otimização das práticas (Simões, 2004; Fonseca, 2006).

A “Observação” foi outra das subcategorias identificadas:

“[SCE] passa pela observação (...).” E002, “(...) ver os enfermeiros a prestar cuidados (...).” E012, “A supervisão, como o nome indica, é alguém que

está a observar diretamente o trabalho de outra pessoa, é esse o seu papel.” E010.

Cruz, Carvalho e Sousa (2012) referem que os enfermeiros percecionam que a SCE envolve a observação dos cuidados que prestam aos clientes.

Na categoria “Função Restaurativa”, as subcategorias identificadas foram “Relação”, “Acompanhamento”, “Apoio” e “Ajuda na resolução de conflitos”.

A relação entre supervisor e supervisionado é referida como essencial na maioria das definições de SCE (Sloan, 2005), considerando-se que a qualidade da relação estabelecida entre o supervisor e o supervisionado é a chave para assegurar um bom ambiente de trabalho. A relação supervisiva é um dos elementos mais importantes no desenvolvimento da *expertise* clínica e formação da identidade profissional do supervisionado (Laitinen-Väänänen, Talvitie & Luukka, 2007). Mills, Francis e Bonner (2005) referem que as relações de apoio que devem existir em SC são a chave para garantir ambientes de trabalho favoráveis onde os enfermeiros querem permanecer.

Entende-se, ainda, que a forma como se estabelece a interação entre supervisor e supervisionado vai determinar, em grande parte, a capacidade futura de tomada de decisão do segundo, assim como influenciar o desenvolvimento do seu pensamento crítico (Laitinen-Väänänen, Talvitie & Luukka, 2007).

Do discurso dos entrevistados emerge que o processo de supervisão implica uma relação entre supervisor e supervisionado:

“(...) interação entre profissionais.” E001, “(...) é assim uma partilha, uma relação...” E006, “[SCE] Entendo por uma relação, (...) há uma relação (...).” E004, “As pessoas [os enfermeiros] (...) têm que ter espaço para criar uma relação...” E009.

O acompanhamento das práticas profissionais é uma das estratégias de SC que contribui para o desenvolvimento das competências profissionais dos enfermeiros e para a qualidade dos cuidados. Na subcategoria “Acompanhamento” os enfermeiros referem:

“(...) eu acho que no fundo é... será um tipo de acompanhamento... que se pode fazer... acompanhamento, não estar sozinha a fazer um procedimento (...).” E003, “(...) acompanhamento do trabalho dos diferentes membros da

equipa (...).” E002, “(...) acompanhar tanto os alunos como os colegas (...).” E009, “(...) tu procuras acompanhar a evolução (...).” E004.

No discurso dos entrevistados é possível depreender que o acompanhamento é referido na vertente de suporte profissional, ou seja, há acompanhamento da prática clínica no sentido de o supervisionado ter alguém de referência a quem recorrer.

Simões e Garrido (2007) mencionam que nas diferentes definições de SC encontradas na literatura são ressalvados os conceitos de relação de ajuda e de acompanhamento na orientação das práticas. Consideram que através do processo de acompanhamento do supervisionado no seu percurso, o supervisor pode ajudá-lo a controlar as suas dificuldades e que a natureza da relação entre estes dois atores vai determinar o sucesso da supervisão.

A SCE foca-se no apoio que é dado aos supervisionados com o objetivo de melhorarem as suas competências (Winstanley & White, 2003). Quanto à subcategoria “Apoio”, é evidente nos depoimentos dos participantes que SCE implica apoio do supervisor ao supervisionado:

“[SCE] dar apoio aos enfermeiros.” E004, “(...) é um apoio emocional... é importante, no sentido de tu consegues gerir as tuas próprias emoções e sentimentos, enquanto prestador de cuidados.” E005, “(...) dar apoio aos profissionais a nível emocional e mesmo na parte técnica da profissão.” E001.

Estes dados corroboram os de Richards (2011) que concluiu que alguns dos participantes, apesar de possuírem o conhecimento teórico adquirido academicamente, têm momentos em que se sentem inseguros no decurso da sua prática clínica, sentindo necessidade de apoio por parte dos colegas mais experientes.

Brunero e Stein-Parbury (2008) reconhecem na SC a possibilidade dos enfermeiros demonstrarem apoio efetivo entre colegas, sendo esse apoio importante para que estes sintam que não estão sozinhos, promovendo sentimentos de segurança e autoconfiança. Estes autores concluem, pela evidência disponível, que predominam as referências à função de suporte da SCE. Atribuem este facto à natureza stressante da profissão de enfermagem, o que, consequentemente, revela a necessidade de apoio profissional.

Barribal, While e Münch (2004) reconhecem a necessidade de apoio contínuo dos profissionais de saúde para manterem e mesmo incrementarem os padrões de qualidade das práticas e consideram a SCE um mecanismo importante na subsistência desse apoio.

A “Ajuda na resolução de conflitos” foi também referida pelos participantes:

“(...) ajudar [enfermeiros] em qualquer problema ou conflito (...) conflitos que tenham no trabalho e não consigam resolver da melhor maneira (...).” E004.

Estes dados corroboram os resultados da pesquisa de Cruz, Carvalho e Sousa (2012) que concluíram que os enfermeiros consideram que a SCE é uma forma de ajudar a resolver os problemas.

A categoria “Função Normativa” engloba as subcategorias “Avaliação das práticas” e “Qualidade dos cuidados”.

O grupo de participantes refere que a SCE passa também pela verificação direta das práticas de enfermagem, como se pode constatar nas afirmações:

“A supervisão clínica... é ter um profissional ou um colega que está a... verificar, digamos assim, a tua prática clínica, no sentido de detetar alguma falha (...).” E005.

No entanto, esta avaliação da prática clínica não é tida pelos participantes como controladora, no sentido de apontar negativamente o que falha, é antes percecionada como uma crítica construtiva que pretende contribuir para a uniformização das práticas, com o objetivo final da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o que nos transporta para a próxima subcategoria identificada: a “Qualidade dos cuidados”.

A qualidade dos serviços de saúde é um dos objetivos da OMS, dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde e dos clientes. O papel dos enfermeiros é primordial para se alcançar a QeS e, como referem Dudley e Butterworth (1994, cit. por Gray, 2001) a SCE é fundamental na promoção da qualidade dos cuidados, tendo efeitos positivos na melhoria da qualidade dos mesmos (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Brunero & Stein-Parbury, 2008). Koivu, Saarinen e Hyrkäs (2011) afirmam que atingir o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados,

depende do desenvolvimento e crescimento pessoal de cada membro da equipa, através de estratégias de formação conseguidas pela SC.

Como podemos verificar através da leitura de alguns excertos dos relatos dos participantes, também para eles, a SCE é entendida como sendo importante para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem:

“(...) melhorar os cuidados prestados, é isso que se pretende, ao fim e ao cabo, com a supervisão em enfermagem (...), supervisionar com o objetivo de conseguir todas essas melhorias e cada vez prestar melhores cuidados.” E002, “(...) precisamos de uniformizar... (...) com o objetivo de melhorar cuidados (...)” E012, “(...) para tentar garantir sempre a qualidade e a segurança nos cuidados.” E004, “Melhoria dos cuidados (...) e do funcionamento do serviço (...)” E011.

Estes resultados corroboram as conclusões do estudo de Cruz, Carvalho e Sousa (2012) em que os enfermeiros consideram que a SCE é relevante para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. É o que referem Cheater e Hale (2001) e Barribal, While e Münch (2004) ao assegurarem que a SC é um mecanismo primordial para melhorar as práticas clínicas, implicando o desenvolvimento positivo dos padrões de qualidade.

A natureza das relações que se estabelecem entre supervisor e supervisionado são um fator significativo e determinante para o processo de supervisão. O objetivo da relação supervisiva é proporcionar a aquisição de aprendizagens significativas (Abreu, 2007), sendo a qualidade da relação estabelecida entre o supervisor e o supervisionado um fator determinante para a promoção da qualidade das práticas (Cottrell, 2000 cit. por Pires, 2004). Pires (2004, p.44) acrescenta ainda que *“A atmosfera afectivo-relacional que envolve todo o processo supervisivo condiciona-o, negativa ou positivamente, pelo que, esta constitui uma das peças fundamentais do processo, devendo assentar, desde o início, numa boa relação entre supervisor e supervisionado”*.

Para que o processo de SCE se desenvolva da melhor forma, torna-se imperativo a criação de condições promotoras de um clima favorável em que supervisor e supervisionado se coloquem numa atitude semelhante à de colegas, o que lhes permitirá a utilização plena dos seus recursos e potencialidades. Abreu (2007) corrobora a opinião de diferentes autores, sublinhando a importância da cooperação entre supervisor e supervisionado, no sentido de se criar um ambiente

propício à aprendizagem e crescimento, o que contribui para o êxito do processo supervisivo.

Embora já se tenha feito anteriormente uma abordagem à importância de que se reveste a relação no processo supervisivo, os participantes do estudo foram mais longe, identificando algumas características inerentes à relação supervisiva. Assim, na categoria “Relação Supervisiva” identificaram-se as subcategorias “Confiança”, “Abertura entre supervisor e supervisionado”, “Motivação para o processo de supervisão”, “Empatia” e “Imparcialidade”.

“A efectividade da relação supervisiva é fortemente condicionada pela confiança e atitudes entre os intervenientes, pelo que deve haver um envolvimento dos actores, bem como da própria organização, em assegurar as condições propícias ao desenvolvimento da mesma” (Pires, 2004, p.122). O supervisor, nas relações que mantém com os supervisionados, deve, portanto, estabelecer um clima de confiança. Os participantes consideraram essencial a “Confiança” entre estes dois elementos para que a relação supervisiva seja efetiva:

“(...) acima de tudo, deveria estar sempre um aspeto de confiança (...) confiança um no outro (...) se calhar, a confiança diz tudo...” E003, *“Confiança é fundamental, mas isso ganha-se realmente ao longo do processo. (...) Eu acho que é fundamental a confiança (...)”* E009.

Referiram a importância de uma relação de abertura entre supervisor e supervisionado, em que ambos se sintam à vontade para a partilha de preocupações, problemas, ou pontos a melhorar. Consideram que uma “Relação de abertura entre supervisor e supervisionado” e diálogo, quase de igual para igual, é facilitadora para a comunicação entre as duas partes, o que leva a que o supervisionado se sinta menos condicionado na sua prática e evolua genuinamente:

“(...) o à-vontade com que cada um pode estar em relação ao outro (...) devia ser uma relação de igual para igual... de igual para igual, é isso...” E003, *“(...) é fundamental que as pessoas tenham abertura suficiente para expor os seus pontos de vista, frontalidade e capacidade de dialogar.”* E007, *“(...) quem está a ser supervisionado tenha o à-vontade de fazer a sua prática não condicionada (...) só assim se pode melhorar, para não se condicionar nada (...) e isso só se consegue com uma boa relação.”* E010.

Consideram, igualmente, fulcral a “Motivação para o processo de supervisão” das duas partes. Se supervisor ou supervisado não se encontram motivados, a sua participação nas atividades de supervisão fica comprometida e o desenvolvimento das competências do supervisado não é possível. É exemplo desta conceção o seguinte excerto:

“As pessoas que estão a ser supervisionadas, primeiro devem querer ser supervisionadas, para que as coisas possam correr bem. Que tenham vontade de aprender coisas novas, que evoluam (...).” E005.

A “Empatia” foi referida como um aspeto relevante numa relação supervisa. Os participantes consideram que a ausência de empatia compromete em muito o natural progresso do processo de supervisão:

“(...) se não houver empatia entre as partes, acaba por ser difícil depois estabelecer uma relação eficaz.” E007, “(...) teria que se ter uma boa relação... à partida teria de ser com pessoas com alguma afinidade, (...) porque senão não ia resultar.” E010.

A “Imparcialidade” nas relações entre supervisor e supervisado é essencial, sendo considerada pelos participantes como importante para a relação supervisa:

“Também o contrário, quando as pessoas já são amigas, digamos assim, também acaba por não se conseguir fazer um bocadinho a diferença entre o que é profissional e (...) o outro lado de amizade ou de maior proximidade. (...) se calhar era isso que deveria estar claro num processo de supervisão - ‘aqui somos pares, cada um com o seu papel, e a nossa perspetiva é esta! Temos que estar aqui e vamos ter de ser (...) imparciais’ (...).” E007.

A capacidade dos enfermeiros separarem relações de maior proximidade pessoal de uma relação profissional de supervisão é indispensável para uma relação supervisa saudável. Tendo em conta que trabalham todos juntos em equipa, é natural que se formem amizades, mais ou menos próximas, e nem sempre é fácil fazer essa distinção quando um assume o papel de supervisor de outros elementos da equipa.

Ao refletir sobre a questão da relação supervisa, consideramos que o

facto do supervisor e o supervisionado se compreenderem mutuamente no que concerne aos interesses e objetivos de cada um e ao estágio de desenvolvimento em que cada um se encontra, o facto de o supervisor ser capaz de adaptar a sua orientação ao supervisionado e deste se encontrar motivado a, proactivamente, se constituir agente responsável pela seu desenvolvimento, depende em larga escala da relação que se estabelece e da capacidade de comunicação entre os intervenientes no processo de supervisão.

O estabelecimento de uma relação supervisiva saudável é crucial para que o profissional possa desenvolver os seus conhecimentos e as capacidades requeridas para uma prática competente. É de salientar ainda o crescimento do supervisor, na medida em que, também ele, aprende e desenvolve-se através da experiência da supervisão. Consideramos que esta relação permite um crescimento de todos os intervenientes no processo, revelando-se enriquecedora na construção de novos saberes, compreendendo-se que *“Partindo das concepções de supervisão (...), parece-nos consensual a identificação do seu foco principal: facilitar o progresso no desenvolvimento pessoal e profissional de todos os intervenientes”* (Fonseca, 2006, p.22).

O conhecimento sobre supervisão tem-se desenvolvido de forma muito rápida nos últimos anos, no seio da Enfermagem. Contudo, pensamos que continuam a prevalecer uma certa confusão e dúvidas sobre a SCE, como é expresso pelo discurso dos participantes noutra das categorias emergentes no domínio das representações de SCE: “Dúvidas sobre o âmbito da SC”. Nesta categoria identificaram-se quatro subcategorias: “Supervisão de estudantes”, “Supervisão dos enfermeiros em período de aquisição de novas competências”, “Integração de novos enfermeiros” e “Supervisão de pares”.

É notório que alguns dos entrevistados associam a SC apenas à “Supervisão de estudantes” na sua formação inicial, no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, durante a formação em contexto clínico:

“A supervisão clínica, para mim, é o acompanhamento dos alunos de enfermagem na sua formação inicial, (...) os enfermeiros devem orientar os estudantes em contexto da prática clínica.” E007, “Eu (...) até pensava que estava só mais relacionada com alunos, não é? Com orientação de alunos (...).” E003, “Lá está, a gente ouvia que supervisão era mesmo em relação a alunos (...).” E011.

Esta dúvida surge provavelmente associada ao facto da supervisão de estudantes, no decurso da sua aprendizagem em contexto clínico, ser a realidade com que os enfermeiros contactam mais frequentemente durante o seu exercício profissional, sendo este tipo de práticas supervisivas, aquelas com que os enfermeiros estão mais familiarizados. No entanto, alguns participantes consideram que as práticas supervisivas também envolvem a supervisão dos enfermeiros em contexto de trabalho, durante os processos de formação, nomeadamente pós-licenciaturas de especialização numa área específica da Enfermagem, ou seja, em período de aquisição de novas competências:

“[supervisão de enfermeiros] (...) em formação pós-graduada, no contexto clínico.” E007.

Na perspetiva de outros participantes a SC é intrínseca aos processos de integração de enfermeiros no serviço:

“[SCE] ...integração de novos colegas no serviço...” E002.

Contudo, há participantes que entendem que a SC abrange a supervisão de estudantes, a supervisão dos enfermeiros, quer em contexto de trabalho, quer durante os processos de formação, nomeadamente pós-licenciaturas de especialização, e ainda, a supervisão da prática.

“A supervisão clínica em enfermagem tem várias dimensões, tenho para mim que é a área do ensino, e tem a área profissional do exercício profissional. Pronto, a área do ensino entendo que é uma área pedagógica em que nós enfermeiros acompanhamos os alunos (...) e enfermeiros em formação enquanto estudantes de especialidade. E, também, [enfermeiros] em termos da atividade profissional.” E012, “Eu penso que não deve andar muito longe... dependendo dos objetivos que se pretendem atingir com essa supervisão... basicamente deve ser o mesmo... a mesma atitude que se tem com um aluno (...) mas na formação de pares...” E007, “(...) isso [supervisão de estudantes] pode-se transpor também para a supervisão de colegas. Pode e deve! Pode e deve...” E011.

A SCE, como refere Cutcliffe (2005, p.471) é um “fenómeno global”, havendo ainda necessidade de a clarificar em termos de conceitualização e operacionalização (Lyth, 2000; Winstanley & White, 2003; Mills, Francis & Bonner, 2005). Não admira portanto, que alguns dos participantes evidenciem dúvidas ou

até desconhecimento sobre SCE. No entanto, quando esclarecidos sobre o processo, os inquiridos consideram que muitas das características da supervisão de estudantes podem ser transponíveis para a supervisão de pares.

As dúvidas evidenciadas por alguns dos participantes corroboram o que referem Yonge e col. (2007), quando mencionam que existe uma confusão entre os diferentes âmbitos da supervisão. A literatura na área da SC identifica os diferentes âmbitos em que esta se desenrola (Silva, Pires & Vilela, 2011), *mentorship*, *perceptorship* e *clinical supervision*. Contudo, a utilização destes conceitos pelos diferentes autores nem sempre é consensual. Numa análise geral, o termo *clinical supervision* está mais direcionado para os processos de supervisão de pares, enquanto os processos de supervisão de estudantes e de indução à vida profissional estão mais associados aos conceitos *mentorship* e *perceptorship*, respetivamente (Myall et al., 2008). Também o estudo de Carvalho (2012) remete para a confusão entre SCE e supervisão de estudantes, que permanece no discurso dos participantes.

Na categoria “Relevância da SCE” identificaram-se duas subcategorias: “Qualidade e segurança dos cuidados” e “Relação da equipa”. A segurança do cliente é uma das grandes preocupações dos enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria. A análise do discurso dos enfermeiros permitiu concluir que a SCE é considerada um processo importante para a qualidade e segurança dos cuidados que os enfermeiros prestam e é particularmente relevante em pediatria:

“(...) eu acho que a supervisão faz toda a diferença na nossa atividade (...), principalmente quando nós queremos melhorar a qualidade dos cuidados que temos (...).” E012, “(...) no sentido de evoluir a prática (...).” E005, “(...) [com a SCE] eu acho que trabalhamos muito melhor.” E009, “(...) faz com que a gente também vá evoluindo.” E002, “... acho que melhora os meus cuidados (...).” E008, “(...) em pediatria, principalmente, acho que é importante a supervisão... (...) é importante até numa questão de segurança (...).” E003.

Estes resultados corroboram os evidenciados no estudo de Pires (2004) e Cruz, Carvalho e Sousa (2012), em que os enfermeiros referiram a relevância da SCE para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A SCE foi igualmente avaliada como importante para a coesão e

funcionamento da equipa:

“(...) isso [SCE] faz as equipas funcionarem bem.” E004.

Este resultado corrobora Williams e Irvine (2009), que concluíram que o compromisso entre supervisor e supervisionado, inerente ao processo de supervisão, influencia positivamente as relações profissionais entre os membros da equipa.

3.2. Representações sobre o Supervisor Clínico

O supervisor clínico, como referido anteriormente, foi outra dimensão que emergiu no nosso estudo. Os entrevistados referiram a importância de *“ter alguém a quem recorrer”*, ou seja, alguém que desempenhe o papel do supervisor:

“(...) alguém a quem tu recorres caso precises de um conselho (...) em quem tu possas confiar, para discutir contigo e apoiar-te (...).” E004.

O supervisor é sem dúvida um ator muito importante na SCE, pois a qualidade do processo e da relação estabelecida com o supervisionado dependem muito dele. A função que desempenha é fundamental, sendo da sua responsabilidade estabelecer os critérios de boas práticas pretendidos, tentando ajustá-los às perspetivas dos supervisionados (Proctor, 2006).

Garrido (2004, p.141), considera que

“Os supervisores clínicos, são profissionais mais experientes, que após terem sido submetidos a programas de formação específicos têm a responsabilidade de supervisionar outros membros da equipe, trabalhando competentemente, assegurando-se assim que toda a equipe nos diferentes níveis tenha a oportunidade de receber a supervisão clínica.”

Neste subcapítulo pretende-se retratar as representações dos enfermeiros sobre o supervisor clínico. Da análise do discurso dos participantes, emergiram cinco categorias: “Papel do Supervisor”, “Quem deve ser Supervisor”, “Formação do Supervisor”, “Características Pessoais” e “Competências”, assim como as respetivas subcategorias (Quadro 2).

Quadro 2: Representações sobre o Supervisor Clínico

Categorias	Subcategorias
Papel do Supervisor	Esclarecer dúvidas
	Promover a autonomia
	Motivar
	Promover a reflexão
	Promover bom ambiente de aprendizagem
	Estar atento às necessidades do supervisionado
	Respeitar a individualidade do supervisionado
	Ajudar a desenvolver competências
	Resolução de problemas
Quem deve ser Supervisor	Enfermeiro do serviço
	Enfermeiro chefe
	Responsável de turno
	Equipa de enfermeiros do serviço
Formação do Supervisor	Formação em SCE
	Sem formação específica
	Especialista em Pediatria
Características Pessoais	Motivação
	Assertividade
	Disponibilidade
	Empatia
	Imparcialidade
	Comunicação
	Relação
	Espírito de liderança
	Inspirar confiança
	Mente aberta
	Vinculado ao serviço e à profissão
	Pro-atividade
	Professor
	Perspicácia
	Capacidade de se autoavaliar
Competências	<i>Expertise</i> clínica
	Experiência

A categoria “Papel do Supervisor” agrega as representações do grupo de participantes sobre o que deve ser o papel desempenhado pelo supervisor, tendo-se identificado nove subcategorias: “Esclarecer dúvidas”, “Promover a autonomia”, “Motivar”, “Promover a reflexão”, “Promover bom ambiente de aprendizagem”, “Estar atento às necessidades do supervisionado”, “Respeitar a individualidade do supervisionado”, “Ajudar a desenvolver competências” e “Resolução de problemas”.

A SCE deve facilitar a autonomização progressiva do profissional. Como afirma Macedo (2012, p. 79-80) *“Os profissionais de enfermagem ao utilizarem a supervisão como função reguladora das suas práticas têm em mente a defesa do desenvolvimento da emancipação, fortemente associada à noção de autonomia profissional (...)”*

Os enfermeiros afirmaram a necessidade de, no dia-a-dia de trabalho, ter o supervisor como figura de referência com quem possam “Esclarecer dúvidas”, discutir opiniões e problemas ou mesmo recorrer em caso de necessidade de apoio emocional:

“(...) é alguém, um profissional de enfermagem que pode ajudar tirando dúvidas, esclarecer (...)” E010, *“E ter a quem recorrer tem uma importância muito grande. Eu acho que é assim: os enfermeiros têm sempre dúvidas, eu acho, em qualquer situação, e mesmo com muita experiência, devem tirar sempre dúvidas. Se houver dúvidas, têm que ser bem esclarecidas [pelo supervisor]. (...) deveria ser uma pessoa que estaria apta a tirar dúvidas (...)”* E011.

Uma das subcategorias identificadas no papel do supervisor foi “Promover a autonomia”, pensando os enfermeiros que esta corresponde à ação do supervisor dar gradualmente espaço ao supervisionado para implementar as suas próprias ideias, o que lhe confere sentimentos de autoconfiança. Este processo implica que o supervisor apoie o supervisionado nos processos de tomada de decisão relativamente aos cuidados de enfermagem:

“(...) promovendo a autonomia dela, (...) da colega ou do colega, quando achar que realmente tem capacidades para prestar cuidados com eficácia, fazendo sempre uma supervisão adequada (...) ao longo do tempo (...)” E009, *“(...) tem que se dar o à vontade suficiente para a pessoa começar a*

fazer (...). E dar à vontade para ele também ter à vontade para perguntar quando não percebe.” E011.

O supervisor tem, ainda, como função, encorajar a participação e expressão de opiniões do supervisionado. Através desta estratégia, o supervisor foca o seu papel de supervisão na obtenção de confiança do supervisionado (Laitinen-Väänänen, Talvitie & Luukka, 2007). Através da análise do discurso dos enfermeiros foi possível concluir que consideravam que o supervisor deve “Motivar”:

“(...) elogiar as pessoas porque acho que as pessoas às vezes fazem coisas muito boas, e que também é uma prática que se faz pouco nos serviços que é elogiar os colegas. (...) acho sempre que devemos ir primeiro pela abordagem positiva... motivar a que se desenvolvam e elas próprias sejam motores de mudança para outros.” E012, “(...) a motivação é como uma sanduíche (...) tu para motivares alguém, não podes alhear-te, não é? (...) consiga motivar a equipa.” E006, “(...) que nos incentive a melhorar também as nossas práticas (...).” E004.

Garrido, Simões e Pires (2008) referem ser fulcral o supervisor reforçar positivamente o supervisionado ajudando-o a afirmar-se e a adquirir confiança. Para Vieira (1993, cit. por Fonseca, 2006), o ato de encorajar assume um papel incalculável para a relação de supervisão e influencia positivamente o estado emocional do supervisionado, aumentando o interesse e motivação para o processo de supervisão. Stenfors-Hayes, Hult e Dahlgren (2011), num estudo que realizaram na classe médica, identificaram como papel fulcral do supervisor o estimular o crescimento pessoal e profissional do supervisionado através de estratégias de incentivo e motivação.

A SC exige tempo para refletir sobre a prática clínica, com o objetivo de permitir ao supervisionado o desenvolvimento de aprendizagens e práticas de qualidade, devem ser-lhes facultados meios, acompanhamento e apoio personalizados, favoráveis ao seu desenvolvimento pessoal e profissional (Bond & Holland, 1998). Tornar-se supervisor significa que o profissional utiliza o seu tempo de experiência e *expertise* clínica para consciencializar os colegas dos problemas do dia-a-dia e ajudá-los a aprender através da reflexão sobre essas experiências (Kohner, 1994 cit. por Williams & Irvine, 2009).

O supervisor, ao incentivar à reflexão, ajuda o supervisionado a refletir criticamente sobre a sua prática, levando-o a adquirir gradualmente a capacidade de resolver os problemas o que, indiretamente, terá impacto na melhoria dos cuidados prestados ao cliente (Williams & Irvine, 2009). Na opinião dos participantes, o papel do supervisor inclui “Promover a reflexão”, conforme se verifica nos seguintes excertos:

“(...) o papel do supervisor: incentivar-te a fazer essa pesquisa, a fazer (...) no fundo, esse desenvolvimento pessoal constante, e a refletir.” E004,
“(...) o pensamento crítico tem que ser... estimulado!” E003.

Estes resultados corroboram os do estudo de Cross, Moore e Ockerby (2010), em que os participantes, reconheceram a importância da orientação do supervisor na reflexão sobre os seus problemas no dia-a-dia de trabalho.

Johns (2001) descreve o papel do supervisor como facilitador, quando este estimula a proatividade do supervisionado na resolução de problemas e consequente aprendizagem por este processo. Também Abreu (2007) considera que faz parte das funções do supervisor estimular o desenvolvimento do espírito crítico do supervisionado e assim promover uma melhoria contínua das suas práticas. O colocar em questão o que observa faz do supervisor um *“exemplo de prático reflexivo”* e promove a aprendizagem pela reflexão, incutindo também no supervisionado uma atitude reflexiva (Vieira, 1993 cit. por Fonseca, 2006, p.25).

A inserção de uma prática reflexiva no quotidiano da profissão de enfermagem vem conferir ênfase à racionalidade crítica que, sem menosprezar a importância das competências técnicas, aponta para uma interação constante entre a ação e a reflexão. Este exercício conduz a construção do conhecimento profissional numa direção contextualizada e sistematizada.

“O processo formativo (...) combina acção, experimentação e reflexão sobre a acção (...). A prática reflectida precisa de ser acompanhada por supervisores que, experientes, detenham as competências para orientar, estimular, exigir, apoiar, avaliar, isto é, sejam simultaneamente treinadores, companheiros e conselheiros” (Alarcão & Tavares, 2007, p.35).

Concordando com estes autores, considera-se o papel do supervisor crucial para a prática reflexiva, no que concerne à compreensão das situações, ao saber agir numa determinada situação e a sistematizar o conhecimento que emerge desta interação entre a ação e o pensamento reflexivo.

Garrido, Simões e Pires (2008) consideram que é função do supervisor estabelecer ambiente afetivo-relacional e criar condições de trabalho favoráveis. O supervisor deve constituir-se, sempre, como elemento facilitador do crescimento do supervisionado e não como um elemento inibitório. Neste sentido, o desenvolvimento exponencial de competências do enfermeiro requer um ambiente de confiança e de interajuda entre os intervenientes no processo de supervisão, bem como cognitivamente estimulante. A subcategoria “Promover bom ambiente de aprendizagem” agrega as referências dos participantes relativas a esta função, que consideram inerente ao papel do supervisor:

“Eu tento sempre (...) acolher bem as pessoas mais novas, porque elas não têm de culpa de estarem lá há pouco tempo... e isso também faz com que as pessoas também se sintam bem. O sentir-se bem, o sentir-se bem em determinado sítio também faz com que as pessoas consigam desenvolver mais rapidamente as suas capacidades.” E006.

A promoção de um bom ambiente de aprendizagem tem como pré-requisito a existência de uma boa relação com o meio e entre todos os intervenientes no processo de supervisão, onde se cultive um espírito de entreajuda, cooperação, abertura e negociação (Alarcão & Tavares, 2007).

Identificar problemas e dificuldades do supervisionado faz parte do papel do supervisor (Garrido, Simões & Pires, 2008), que deve ajudar o seu par a contornar as dificuldades (Pires, 2004). Os enfermeiros participantes do nosso estudo, também, referiram que é importante o supervisor “Estar atento às necessidades do supervisionado”:

“Por outro lado, é também estar... estar atenta se há necessidade... de colaboração (...).” E003.

Cada enfermeiro supervisionado tem necessidades de aprendizagem, de suporte e de desenvolvimento diferentes, que dependem de variados fatores e, mediante as suas características individuais, cada um desenvolve-se de forma única. É, portanto, função do supervisor, aceitar e adequar as suas estratégias a cada situação e supervisionado. No discurso dos participantes podemos constatar a consciência da necessidade do supervisor “Respeitar a individualidade do supervisionado”, nomeadamente em relação ao ritmo de aprendizagem:

“(...) orientava a colega tendo em conta as características. Mas eu acho

que isso é mesmo muito importante, porque nós não devemos esperar que toda a gente seja igual e há pessoas que têm um timing muito diferente das outras, mas não quer dizer que sejam melhores ou piores (...).” E009, “E dar o tempo dele, não é? Porque as pessoas não são todas iguais, não aprendem todas ao mesmo tempo.” E011.

Uma outra subcategoria identificada pelos enfermeiros entrevistados foi “Ajudar a desenvolver competências”. Cabe ao supervisor estimular no supervisionado mecanismos que o levem a otimizar ao expoente máximo as suas capacidades e competências. Esta vertente do papel do supervisor é contemplada por Garrido, Simões e Pires (2008, p.63) ao afirmarem que espera-se do supervisor que este proporcione o “*suporte técnico, emocional e cognitivo que permita desenvolver competências técnicas, comunicacionais, atitudinais e cognitivas*” do supervisionado. Podemos verificar essa percepção no seguinte testemunho:

“O supervisor deve ser visto como a pessoa que vai contribuir para desenvolver as tuas competências, nunca tem cariz negativo. Também não vai avaliar, não vai tirar situações negativas e não vai prejudicar a pessoa, o profissional... vai é só contribuir para o desenvolvimento de competências, para o seu conhecimento...” E001, “(...) vamos fazer evoluir quem está a ser supervisionado... as qualidades, as características, as competências que queremos que desenvolvam.” E007.

Por último, emergiu a subcategoria “Resolução de problemas”. A ampliação de conhecimentos e melhoria da resolução de problemas clínicos são alguns dos benefícios que podem ser atribuídos à SCE (Winstanley & White, 2003). Este grupo de participantes refere como função do supervisor a resolução de problemas que possam surgir no serviço, assim como ajudar os colegas supervisionados a desenvolverem a capacidade de gerir conflitos e problemas relativos às práticas:

“(...) resolução de alguns problemas ... colocados a nível, quer da prestação de cuidados, quer da gestão do serviço... resolução de alguns conflitos entre cliente e profissional (...).” E005, “[O supervisor](...) para resolver um problema (...) deveria ser o ponto fulcral!” E001, “(...) quando surge um problema fora da rotina do serviço, ter a capacidade de o resolver... e lá está, também tem que se encaminhar (...) as pessoas que estão a trabalhar, se não conseguirem resolver (...).” E002.

Estes resultados corroboram o que a OE refere ao mencionar que se espera que o supervisor clínico “*Demonstre competências na resolução de problemas (...)*” (OE, 2010, p.17). Para Alarcão e Tavares (2007), é também objetivo da supervisão o desenvolvimento da capacidade de resolver determinadas tarefas ou problemas que surgem na prática clínica diária, pela aplicação de estratégias adequadas e estruturadas. Para estes autores, o papel do supervisor passa, também, pelo desenvolvimento de um processo que permita ao supervisionado incrementar competências nesta área do saber.

Também Garrido (2004) concluiu que a supervisão e, nomeadamente, a figura do supervisor deve motivar, promover a autonomia do supervisionado e promover a reflexão.

A categoria “Quem deve ser supervisor”, contempla as representações dos enfermeiros entrevistados quanto a quem deve desempenhar as funções de supervisor no serviço de Pediatria. Recorrente da análise das entrevistas, identificaram-se quatro subcategorias “Enfermeiro do serviço”, “Enfermeiro chefe”, “Responsável de turno” e “Equipa de enfermeiros do serviço”.

Quase todos os entrevistados reforçaram a ideia de que o supervisor deve ser “Enfermeiro do serviço”, considerando benéfico para os enfermeiros e para o funcionamento do serviço o facto de o supervisor, ou grupo de supervisores, pertencer ao serviço. De acordo com a opinião dos enfermeiros entrevistados, é importante que o supervisor conheça o serviço e o seu funcionamento, bem como as pessoas que constituem a equipa. Referem que esse conhecimento prévio teria mais vantagens do que desvantagens, nomeadamente na comunicação efetiva com os membros da equipa.

Alguns dos enfermeiros referiram mesmo que não gostariam de ser supervisionados por pessoas externas ao serviço, sob pena de não se conseguirem os melhores resultados dessa supervisão. É possível que esta preferência se deva à atribuição de um carácter mais negativo e controlador da performance dos profissionais, à supervisão feita por um enfermeiro que não é do serviço e que pode não reconhecer na equipa as características que esta considera que tem. A incompatibilidade de perceções pode levar a mal entendidos e consequentes resistências à colaboração entre supervisores e supervisionados, podendo comprometer todo o processo de supervisão.

“O supervisor, na minha perspetiva, deveria ser alguém do serviço (...)”

deveria ser uma pessoa do próprio serviço.” E005, “Eu acho que não deveriam ser pessoas externas ao serviço.” E012, “(...) eu acho que há sempre vantagens em ser do serviço (...). O facto (...) de ser da própria equipa, acho que é bom, que ajuda a... a uma melhor comunicação.” E002.

Estes resultados corroboram os de Pires (2004), considerando que o supervisor deve emergir de dentro da equipa, assim como os de Soares (2004) e Cruz, Carvalho e Sousa (2012), que referem que os enfermeiros consideram que o supervisor deve ser da equipa ou serviço.

Foi, também, identificada a subcategoria “Enfermeiro chefe”. Os participantes consideram que o primeiro supervisor dentro de um serviço deve ser o enfermeiro chefe:

“[O supervisor] (...) a enfermeira-chefe (...).” E007, “(...) acho que o primeiro supervisor deve ser o chefe. Porque, à partida, se ele é chefe (...) o chefe (...).” E012.

Os enfermeiros veem no enfermeiro chefe, além de todas as funções de gestão do serviço, o papel do supervisor. Consideram que antes da existência de qualquer outro supervisor no serviço, está o papel do enfermeiro chefe na supervisão da equipa. Este conhece a sua equipa e as características dos seus elementos e, mais do que ninguém, deverá ser capaz de atender às necessidades em termos de supervisão da mesma. O mesmo se verificou no estudo de Pires (2004), em que os enfermeiros referiram que o enfermeiro chefe seria uma das pessoas que poderia desempenhar o papel de supervisor, o que, no entanto, a autora entende que deve ser um aspeto objeto de reflexão.

Por outro lado, alguns os enfermeiros consideram que o responsável de turno deve desempenhar o papel de supervisor:

“Eu acho que uma das responsabilidades... a responsável de turno também lhe compete a supervisão de colegas.” E011, “ (...) tu como responsável de turno (...)” E003, “Teres um papel de responsável de turno. (...) Acho que é esse o papel que o responsável de turno deveria assumir [supervisor].” E004, “(...) sendo o responsável de turno capaz de supervisionar os outros (...).” E001.

Apesar destes enfermeiros considerarem que o responsável de turno deve

ser o supervisor, referem não serem concedidas as condições necessárias para que este elemento possa desempenhar esse papel e que seriam necessárias alterações na dinâmica do serviço, nomeadamente no que respeita à organização do trabalho para este poder desempenhar o papel, assunto a ser abordado mais à frente, no subcapítulo “SCE desejada”.

Também no estudo de Pires (2004) se encontraram evidências idênticas neste sentido, na medida em que os enfermeiros identificaram os enfermeiros de referência como elementos muito bem posicionados para desempenhar o papel de supervisores, apesar de, também estes terem algumas condicionantes inerentes aos recursos.

Foi, ainda, identificada a subcategoria “Equipa de enfermeiros do serviço”:

“(...) alguém dentro da equipa com a qual nós já trabalhamos mas tinha de... não podia ser só uma, tinha de ser uma equipa ou várias pessoas e nunca assim pela mesma pessoa, ir rodando.” E008, “(...) eleger, se calhar, uma equipa, mas que fosse rotativa.” E002, “(...) teríamos que criar um grupo de pessoas (...) a criação de um grupo de enfermeiros que (...) seria reconhecido como supervisor: uma equipa dentro da própria equipa.” E012.

Os enfermeiros consideram que quem deve desempenhar funções de supervisor no serviço deve ser um grupo formado por elementos da equipa. Dentro desta realidade, os enfermeiros referiram ainda que este grupo deveria ter um carácter rotativo, não considerando saudável atribuir esse papel sempre às mesmas pessoas, sob pena de gerar atritos entre os membros da equipa. Assim, consideram que os supervisados, no futuro deveriam integrar o grupo de supervisores, conferindo a igualdade entre todos os membros da equipa.

Nas representações que os enfermeiros tinham sobre o supervisor clínico identificou-se a “Formação do supervisor” como um fator preponderante para o desempenho das funções de SCE. Esta categoria foi organizada em três subcategorias designadas por “Formação em SCE”, “Sem formação específica” e “Especialista em Pediatria”.

Para exercer a função de supervisor clínico o enfermeiro necessita de formação, pois *“Um supervisor clínico não preparado, ou insuficientemente preparado para o desempenho da função, pode projectar as suas necessidades, dúvidas e incertezas nos supervisados.”* (Koch et al., 2009, p.216). Cottrell (2000,

cit. por Koch et al., 2009) considera desejável que todos os supervisores clínicos recebam formação em SC no início da sua atividade supervisiva. Contudo, a formação não deve circunscrever-se somente à fase inicial, pois não é o suficiente para assegurar uma supervisão de qualidade elevada.

Os enfermeiros entrevistados consideraram que a formação em SCE é importante para o desempenho da função de supervisor:

“(...) alguém com essa capacidade, com o curso de supervisão.” E011, “(...) deveria ter formação académica na área da supervisão.” E005, “Formação em supervisão (...) Mas uma formação... avançada. (...) Uma pós-graduação, sem dúvida!” E004, “(...) se tivesse a formação em supervisão clínica, daria um suporte maior para fazer supervisão clínica (...) formação é importantíssima. Acho que toda a gente que faz ou deve fazer supervisão clínica, ele próprio já tem que ter uma formação (...) uma pessoa responsável pela supervisão clínica tem de estar formada nessa área.” E001.

Estes resultados corroboram os de diversos investigadores que concluíram que os enfermeiros consideram importante que o supervisor clínico tenha formação em SCE (Cruz, Carvalho & Sousa, 2012), pois para desempenharem com eficácia o seu papel, os supervisores clínicos devem receber a preparação adequada que contemple a base teórica e a aplicação prática da SCE (Williams & Irvine, 2009). Sardo e col. (2005) concluíram, ainda, que se aprende a ser supervisor através da formação específica na área da supervisão. Segundo Pires (2004), a formação em supervisão faz parte do conjunto de características essenciais para se ser supervisor.

Pelo contrário, houve enfermeiros que consideraram que para desempenhar funções de supervisor o enfermeiro não necessita de formação específica, como se pode analisar nas seguintes unidades de registo:

“(...) não é automaticamente necessário que seja uma pessoa com formação acima da licenciatura. Ou com especialidade, ou com outro tipo de formação... ou uma pós-graduação... (...) não é necessariamente obrigatório (...) o supervisor ter a especialidade ou doutoramento ou o que seja. Eu acho que ajuda a formação em supervisão, relativamente a como resolver alguns aspetos. Mas... não acho determinante!” E009, “Acho que

especialista, acho que não... especialista, acho que não!” E010, “(...) não necessariamente especialista ou com formação específica em supervisão clínica (...). Especialidade, não necessariamente.” E008.

A OE (2009) refere que uma das competências do enfermeiro especialista é atuar na supervisão clínica, ideia partilhada por alguns enfermeiros que testemunharam que o supervisor clínico deveria ser um profissional habilitado com a especialidade de Pediatria, tal como é expresso nos depoimentos seguintes:

“Especialista é importante, especialmente porque estou a falar do nosso serviço. Claro! Especialidade em Pediatria!” E011, “Eu acho que se for para a área de pediatria, que deve ser um especialista em pediatria. E posso explicar porquê: porque a especialidade de pediatria... portanto, é um aprofundar de conhecimentos (...).” E006.

Estes resultados são consonantes com os de Cruz, Carvalho e Sousa (2012) que apuraram que os enfermeiros consideram importante que o supervisor clínico tenha um curso de especialização em enfermagem. Também os resultados do estudo de Pires (2004) e de Soares (2004) revelaram que os enfermeiros, consideram importante que o supervisor seja especialista. No entanto, Pires (2004) acrescenta que, apesar de a especialidade conferir aos enfermeiros detentores da mesma, perícia em determinada área, existem enfermeiros que não são especialistas, mas revelam grande perícia.

Para que o supervisor cumpra de forma competente e eficaz as suas funções é necessário que possua características pessoais e profissionais que se adequem ao desempenho desse papel. Só desta forma se pode facilitar ao supervisionado a aquisição de novos saberes, a aprendizagem de novas competências e desenvolvimento e adoção de novos comportamentos e atitudes.

No discurso dos participantes identificou-se que consideram que o supervisor clínico deve possuir características pessoais, *“Acho que era importante ter algumas características específicas.” E007*, as quais foram agregadas na categoria “Características Pessoais” que congrega diversas subcategorias nomeadamente a “Motivação”:

“(...) as características fundamentais para um enfermeiro que vá ser supervisor... se tem essa vontade, essa motivação (...) é preciso ter vontade, sem dúvida, porque uma pessoa fazer as coisas contrariada não

resulta.” E007, “ (...) ter vontade de fazer aquilo com gosto, não por obrigação... tem que ter gosto no que está a fazer.” E011, “(...) ter vontade de ser supervisor, nem toda a gente tem postura para isso.” E010.

A “Assertividade” foi outra das características que emergiu do discurso dos enfermeiros:

“Deve ser uma pessoa assertiva (...) eu acho que o supervisor deve ser assertivo.” E012.

A disponibilidade do supervisor foi referida como outra das características emergindo, assim, a subcategoria “Disponibilidade”:

“(...) tem de ser uma pessoa que... que tenha disponibilidade e isso reflète-se logo no primeiro contacto, se tem disponibilidade ou não. Uma pessoa com características desse género disponibilidade... disponibilidade no momento, disponibilidade para acompanhar e ficar, nem que fosse por um período pequenino, mas ficar só centrado no ou na colega.” E009, “(...) disponibilidade para esclarecer e para tirar dúvidas (...).” E011, “(...) tem que ser uma pessoa acessível. Não pode ser uma postura... que não se chegue lá (...).” E010.

Como se constata nos testemunhos dos enfermeiros a “Empatia” é um traço importante num supervisor:

“(...) uma pessoa que consiga demonstrar empatia... e depois, que a demonstre à equipa que vai supervisionar.” E005, “(...) ter alguma capacidade empática.” E007.

A “Imparcialidade” foi outra das características que emergiu do discurso dos enfermeiros:

“(...) [supervisor] tem de ser alguém com quem tu te sentes à vontade para procurar conselho, mas também tem de ser alguém imparcial, que não seja... influenciável.” E004, “(...) ser uma pessoa imparcial, correta, ela própria (...).” E008.

A comunicação é uma característica imprescindível ao desempenho das funções de supervisão, daí ser relevante que o supervisor detenha boas capacidades de “Comunicação”:

“(...) deve ter um bom poder de comunicação...” E012, “(...) capacidade de comunicação é muito importante.” E004, “ (...) acho que tem que ter uma boa capacidade de comunicação. Saber... explicar e comunicar bem.” E009, “(...) também ter capacidade de comunicação, capaz de conseguir desempenhar esse papel (...).” E003, “(...) tem de ser uma pessoa que tenha capacidade de comunicação, capaz de transmitir com eficácia aquilo que pretende, com objetividade (...).” E007, “(...) mas, ao mesmo tempo, tendo capacidade de ouvir.” E001.

As características relacionais foi outra das características que emergiu do discurso dos enfermeiros, sendo identificada a subcategoria “Relação”:

“(...) também ter capacidade de relacionamento (...) tem que ter algumas competências específicas na área relacional (...) no fundo, a capacidade de se conseguir relacionar com o outro (...).” E003, “(...) também em termos relacionais, também têm que ser pessoas que tenham um fácil relacionamento, no fundo ... são as características que têm de ter para supervisionar (...) mais características relacionais para ser um supervisor com competência.” E007, “Saber fazer-se entender e tentar perceber também o outro lado.” E009.

Como se constata nos testemunhos dos enfermeiros o “Espírito de liderança” foi considerado relevante num supervisor:

“(...) capacidade de liderança (...).” E001, “(...) ter algumas características como espírito de liderança.” E010, “(...) um líder não é uma característica só para as pessoas que chefiar, uma pessoa que esteja numa função de supervisor, deve ser uma pessoa (...) que tenha algumas características de líder (...) e consiga também propor coisas extremamente válidas e para isso tem que ter características um bocadinho de líder!” E006, “Ser uma pessoa que consiga transmitir e consiga demonstrar o que deve ser feito sem impor.” E002.

Como mencionado anteriormente, a relação de supervisão é uma relação que se deve basear na confiança entre o supervisor e o supervisionado. Os participantes referiram que o supervisor deve ser um enfermeiro capaz de “Inspirar confiança” dos seus supervisionados:

“(...) tem de ser alguém em quem tu confies.” E004, *“(...) em quem confiamos (...).”* E009, *“(...) deveria ser a pessoa em que mais se confia (...).”* E001, *“(...) a pessoa que faz a supervisão é uma pessoa que tem de ter credibilidade.”* E005.

Alarcão e Tavares (2007) referem que os supervisores ideais devem ser indivíduos abertos. Outra das características que os participantes referiram que o supervisor deve deter foi “Mente aberta”:

“(...) ser uma pessoa que consiga aceitar aquilo que lhe estão a propor.” E006, *“(...) tem que transmitir abertura.”* E010, *“(...) pessoa aberta a sugestões.”* E008.

De acordo com o referido pelos participantes, o supervisor deve ser um enfermeiro “Vinculado ao serviço e à profissão”:

“(...) ser uma pessoa que dinâmica e proactiva em relação à profissão (...) uma pessoa que esteja sempre a par de... quer seja dos procedimentos institucionais a nível da organização, como também das últimas evidências. Uma pessoa que esteja sempre, permanentemente, atualizada.” E004, *“(...) está dentro dos problemas do serviço, está dentro das normas do serviço, está dentro da realidade do serviço.”* E002, *“(...) gostar do que faz, e transmitir uma ideia positiva do local de trabalho, e transmitir que é um bom local para se trabalhar, que é uma boa área para se investir (...) as pessoas também têm que gostar daquilo que fazem [profissão].”* E006.

Para o desempenho das funções de supervisão os enfermeiros referiram, ainda, que o supervisor deve ser proativo, o que deu origem à subcategoria “Proatividade”:

“(...) Não esperar que sejamos nós a ir ter com ela.” E004.

Outra das características referidas como sendo importante num supervisor é ter a capacidade de ensinar, dando origem à subcategoria “Professor”:

“(...) ter a capacidade do ensino, do explicar... portanto, uma pessoa que consiga transmitir e consiga fazer-se entender!” E005.

Como se constata nos testemunhos dos enfermeiros, a “Perspicácia” foi

outra das características que consideram relevante num supervisor:

“(...) deve ser uma pessoa, à partida, que seja daquelas pessoas que se apercebe, (...) perspicaz. (...) tem de ser alguém perspicaz, que consiga ver, pela maneira até como tu estás a agir naquele dia, que se calhar estás com algum problema.” E004.

A “Capacidade de se autoavaliar” foi outra característica considerada como significativa:

“(...) deve ser uma pessoa juíza das suas atitudes, com capacidade de autoavaliação de si própria.” E008.

Para o desempenho da função supervisiva, o supervisor tem de ser competente. Le Boterf (1995, p.16) refere que *“(...) a competência não se reduz nem a um saber nem a um saber fazer”, pelo que “Possuir conhecimentos ou capacidades não significa ser competente.”*, pois *“(...) a experiência mostra que pessoas em posse de conhecimentos ou capacidades não as sabem mobilizar de forma pertinente e no momento oportuno”*. A competência *“(...) não reside nos recursos a mobilizar (conhecimentos, capacidades...) mas na mobilização desses mesmos recursos”* (Le Boterf, 1995, p.17).

Outra categoria que emergiu do discurso dos participantes, inerente às representações do supervisor, foi “Competências”. Referiram que *“Partindo do princípio de que quem vai supervisionar são as pessoas que têm já as competências suficientes para supervisionar (...).” E007*. Nesta categoria identificaram-se duas subcategorias a “Expertise clínica” e a “Experiência”.

A importância da “Expertise clínica” no supervisor é evidente no discurso dos enfermeiros:

“(...) considero que os supervisores são pessoas com um elevado nível de proficiência.” E001, “Uma pessoa com conhecimentos teóricos, práticos, (...) capacidades técnicas e conhecimentos a transmitir (...).” E009, “(...) alguém mais... preparado em termos de conhecimentos e competências.” E004, “O supervisor clínico, eu acho que tem que ter conhecimento, ser um expert na área (...).” E003, “(...) é lógico que as pessoas que supostamente são os peritos no serviço ou porque de alguma forma já trabalham há mais tempo e têm uma prática baseada na evidência e

atualizada e que podem dar um contributo diferente também deveriam ser supervisores e orientar as pessoas.” E012.

Os participantes referiram a também a importância do supervisor ser um enfermeiro experiente:

“Claro que, à partida, deverá ser uma pessoa com experiência, uma pessoa que já trabalha há muito tempo.” E009, “Um enfermeiro que tenha anos de experiência.” E007, “(...) a experiência diz muito, não é? Acho que para um supervisor, a experiência diz muito (...).” E001, “(...) a pessoa que faz a supervisão é uma pessoa que tem de ter prática clínica também na parte da prestação de cuidados. Eu não gostaria, digamos assim, de ser supervisada por uma pessoa que tivesse, por exemplo, menos tempo de experiência profissional do que eu (...).” E005.

Pela análise do discurso dos atores verifica-se que emergiram uma série de características que os enfermeiros consideram serem determinantes num bom supervisor clínico e que corroboram o que foi referido por diferentes investigadores. A assertividade, a disponibilidade, a imparcialidade, a capacidade de comunicação, a relação, o espírito de liderança, o inspirar confiança, a mente aberta, o ser professor, a capacidade de se autoavaliar e a experiência foram características que os enfermeiros que participaram nos estudos de Pires (2004) e de Cruz, Carvalho e Sousa (2012) mencionaram como relevantes no supervisor.

No estudo de Soares (2004, p.155) emergiram como características consideradas “*muito importantes*” a “*disponibilidade permanente*”, o saber ouvir, o ser assertivo, o ser confidente, a capacidade de avaliar, o ser detentor de conhecimentos técnicos e científicos e ainda a capacidade de estabelecer “*relações humanas*”. Foram, ainda, referidas espontaneamente pelos enfermeiros participantes a “*formação específica*”, nomeadamente o ser especialista, “*competência nas práticas*”, e a “*competência no desenvolvimento das dimensões pessoais e interpessoais*” (Soares, 2004, p.157).

Da sua experiência, Garrido, Simões e Pires (2008) apontam como características fundamentais de um supervisor a empatia, a autoestima positiva, o relacionar-se facilmente com os outros, saber ouvir, capacidade de observação e de análise, assim como capacidade de comunicação, especificamente no que diz respeito à capacidade de dar *feedback*, fator de resto de extrema importância

para a formação do supervisionado.

Garrido (2004) percebeu que os supervisionados prezam nos seus supervisores a competência profissional, a capacidade de organização, a capacidade de liderança e de gestão de conflitos, a imparcialidade, o dinamismo e o espírito de equipa, a disponibilidade, a capacidade de saber ouvir e a capacidade de diálogo, a compreensão e a simpatia. No seu estudo, o autor depreendeu que os supervisionados não se sentem confiantes num supervisor demasiado permissivo ou flexível, desorganizado e pouco exigente e com fraco espírito de liderança.

Por sua vez, no seu estudo, Sloan (1999) referiu a capacidade de construir relações de apoio, ter conhecimentos e competências técnicas relevantes, o compromisso para com o processo de supervisão e a capacidade de saber ouvir o outro como boas características de um supervisor clínico.

A OE (2010) nomeou como características do supervisor a motivação, interesse, disponibilidade, capacidade de suporte no desenvolvimento do supervisionado, a capacidade de tomada de decisão, de comunicação e de resolução de conflitos.

A nível de competências, quase todos os enfermeiros inquiridos referenciaram a importância do supervisor ser detentor de conhecimentos teóricos sólidos e de competências técnicas, enaltecendo a importância de saber aplicar a teoria à prática clínica. Muitos dos participantes referiram-se à *expertise* clínica como característica de um bom supervisor, neste caso salientaram a igual importância da experiência profissional como decisiva na perícia do mesmo.

No estudo de Richards (2011), essa necessidade de aplicar a teoria à prática foi referida pelo grupo de participantes. Estes julgaram a aquisição de competências, através da experiência do outro, valiosa para o seu crescimento enquanto supervisionados. Por outro lado, o conhecimento em enfermagem está intimamente ligado à experiência e a aprendizagem pela experiência é essencial para a prática de enfermagem (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Os conhecimentos teóricos e a capacidade de criar uma sólida relação de apoio com o supervisionado foram apontados como características de um bom supervisor no estudo de Stenfors-Hayes, Hult e Dahlgren (2011).

A OE (2010) também contempla a importância do supervisor ser um perito na área em que exerce supervisão. Deve aceitar o supervisionado na sua

individualidade, estabelecendo uma relação empática com o mesmo. Deve demonstrar competências de supervisão, o que se entende pela mestria na utilização e adequação das estratégias de supervisão. A OE foca ainda o papel do supervisor no que concerne à valorização do trabalho do supervisionado, e em garantir a autonomia gradual do mesmo, sempre num clima de confiança, motivação e em que se pratica o constante *feedback*.

“Assim, o desenvolvimento de competências do supervisor como profissional humano, resulta da interação e da relação entre: saberes científicos específicos; a comunicação de saberes, onde, para além da transmissão de informação se torna imprescindível englobar a relação empática e de entreajuda, de modo a que o formando seja parte ativa do processo; a dinamização da aprendizagem estimulando a criatividade; a inovação e o espírito crítico; os valores éticos e sociais; o respeito por si e pelo outro; a tolerância e a honestidade; a recusa de preconceitos ideológicos, culturais ou sociais; o clima de partilha e cooperação e a avaliação e autoavaliação. Resulta pois, do saber, do saber fazer e do saber ser de um supervisor” (Fonseca, 2006, p.33).

3.3. SCE em Uso

Neste domínio da “SCE em uso”, pretende-se perceber junto dos enfermeiros auscultados, que supervisão se pratica no serviço de Pediatria em análise. Através da recolha e interpretação destes dados, foi também possível aferir a satisfação dos enfermeiros em relação à supervisão em uso no serviço e entender quais as necessidades supervisivas nesta equipa, de acordo com as perceções destes enfermeiros.

No Quadro 3 apresentamos as categorias emergentes neste domínio, assim como as respetivas subcategorias. Aqui estão contemplados os pareceres destes enfermeiros enquanto supervisores e/ou enquanto supervisionados.

Quadro 3: SCE em uso

Categorias	Subcategorias
Âmbito da Supervisão	Integração de profissionais
	Supervisão de estudantes
	SCE informal
Apoio / Suporte	
Necessidade de melhorar a SCE em uso	
Quem faz supervisão	Enfermeiro chefe
	Responsável de turno
	Outros enfermeiros
Estratégias de supervisão	Reflexão
	Questionamento reflexivo
	Formação contínua
	Análise de casos
	Demonstração
	Observação
	Feedback
	Análise da documentação dos cuidados de enfermagem
Adequação das estratégias de supervisão	
Conjunturas promotoras da reflexão	Passagens de turno
	Formação em serviço
	Supervisão de estudantes
	Registo dos cuidados de enfermagem no programa SAPE
	Programas de qualidade
Elementos promotores do pensamento crítico	Enfermeiro chefe
Dificuldades na SCE	Não-aceitação da supervisão
	Respeitar a individualidade do supervisionado
	Incompatibilidade de personalidades
	Imparcialidade
Barreiras à SCE	Sobrecarga de trabalho
	Falta de tempo
	Escassez de recursos humanos
	Falta de motivação da equipa
	Conceções erradas sobre a SCE
	Resistência à mudança

Da análise das entrevistas foi possível destacar a “Integração de profissionais”, no que respeita às práticas de supervisão em uso. Este é de resto o aspeto mais focado por estes enfermeiros quando pensam sobre as atividades de supervisão de pares que se desenvolvem no serviço. Alguns deles afirmam até, ser a única atividade formal de supervisão de pares em uso no serviço:

“(...) integração de novos colegas (...) supervisão de pares só mesmo na integração de novos profissionais (...)” E001, *“(...) se o par estiver num caso de integração ao serviço (...) o que nós fazemos até agora é muito mais em termos de integração ao serviço do que outro tipo (...)”* E007, *“(...) informar sobre os protocolos que estarão relacionados com (...) o funcionamento do serviço, informar a pessoa nova que chega, portanto, integração de novos colegas (...)”* E002, *“(...) ou então integração a novas... a novos procedimentos ou técnicas que ele não esteja familiarizado (...)”* E007.

Quanto a esta realidade, foi mencionado o facto de uma boa integração no serviço determinar, em larga medida, a qualidade do profissional de enfermagem no final do processo de integração:

“(...) uma boa integração determina, em grande parte, um bom profissional. (...) a integração determina o à vontade com que tu trabalhas, os conhecimentos que tu tens, e vai moldar-te um bocadinho como profissional. Por isso, acho que uma boa integração é fundamental (...) para determinar (...) a qualidade do profissional (...)” E009.

Foi ainda mencionada a “Supervisão de estudantes” como atividade de supervisão desenvolvida no serviço:

“Temos a supervisão de alunos (...)” E010, *“(...) com alunos de enfermagem: aí há supervisão clínica (...)”* E001, *“(...) “eu acho que em termos de supervisão, não podemos fazer muito mais (...) Neste momento, é o que se faz [a supervisão de alunos] (...)”* E011.

Este facto, como já abordado no capítulo anterior, deve-se à confusão ainda existente quanto à supervisão de pares e a supervisão de estudantes. De acordo com Simões e Garrido (2007), a definição de SC pode ser empregue no âmbito da formação inicial do enfermeiro, na formação pós-graduada e no

decorrer do desenvolvimento profissional ao longo da carreira do enfermeiro. Aditem esta transversalidade, na medida em que o conceito de SCE *“refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado.”* (Simões & Garrido, 2007, p.600).

No entanto, apesar das semelhanças, o alvo da supervisão, objetivos e estratégias de supervisão são diferentes, assentando neste pressuposto a distinção entre a supervisão de pares e a supervisão de estudantes: a supervisão refere-se ao incremento das competências dos profissionais de enfermagem através da reflexão sobre a prática clínica, com o fim último de aumentar a qualidade dos cuidados prestados (Koivu, Saarinen & Hyrkäs, 2011).

Continuando a análise das entrevistas realizadas, apercebemo-nos de que muito raramente os enfermeiros se referiram à supervisão de colegas, SCE como atividade de supervisão realizada no serviço continuamente. As práticas de supervisão em uso no serviço e expostas no discurso dos participantes, apontam sempre para um processo informal, ou seja, dizem-nos que supervisionam ou são supervisionados pelos colegas mutuamente e informalmente, mas não se trata de uma supervisão efetiva, que consideram que deve implicar um processo formal. São expressão da subcategoria “SCE informal” as seguintes afirmações:

“De pares... Formal, nenhuma! Pronto, formal não há nenhuma! Agora, é claro que tu tentas sempre... estás num serviço de pediatria (...) formalmente não existe (...).” E004, *“(...) não é assim de uma forma formal, mas acho que as pessoas acabam sempre por... supervisionar, digamos assim, aquilo que... a elas próprias e os outros.”* E005, *“Formal, nenhuma! (...) a nossa prática no dia a dia não é uma supervisão efetiva (...).”* E010.

Estes enfermeiros referem que acabam por se propiciar interações entre colegas num sentido de supervisão ou discussão das práticas, mas que não estão assentes num processo formal com critérios pré-estabelecidos, o que leva a uma descontinuidade patente na supervisão realizada. No discurso dos participantes é manifesta a necessidade de se instituírem processos de supervisão de pares formais no serviço, os quais permitam aos enfermeiros desenvolverem-se e incrementarem as práticas de enfermagem.

Foi ainda identificada a categoria “Apoio / Suporte” nos discursos dos entrevistados:

“(...) se tu vês um colega que se calhar não está a ter o melhor desempenho ou, se calhar, precisa de algum apoio em alguma situação, quer seja uma situação difícil emocionalmente, que não esteja a conseguir lidar bem (...).” E004, “(...) é bom sentir que está ali um apoio.” E010, “(...) o suporte profissional, no fundo, é que pode motivar ou... ou não! Não é? À gente progredir ou tentar melhorar... o nosso desempenho.” E003.

O suporte profissional é tido pelos entrevistados como determinante na manutenção da motivação individual de cada enfermeiro para procurar sempre melhorar o seu desempenho. De acordo com os participantes, esta vertente da supervisão pode fazer a diferença entre encarar os problemas do dia-a-dia de trabalho como algo negativo ou como momentos de crescimento pessoal e profissional.

“(...) pediatria tem situações muito complicadas em termos de gestão de conflitos e... e, às vezes, tu nem sempre... para mim é difícil encontrar os melhores mecanismos de resiliência para lidar com certas situações. Muito difícil (...) o suporte profissional tem influência no desempenho...” E004, “(...) é uma profissão em que sozinha não consegues desenvolver-te como enfermeira (...).” E008.

Mais uma vez, referem o caráter singular de um serviço de Pediatria no que se refere à gestão das emoções e gestão de conflitos e que sentir o apoio de alguém no local de trabalho acaba por ter influência na forma como são geridas essas situações, influenciando o seu desempenho profissional e, consequentemente, também os cuidados prestados.

Se por um lado, alguns dos enfermeiros referiram o apoio como uma atividade desempenhada regular e informalmente entre colegas, como componente da supervisão, muitos foram aqueles que lamentaram a inexistência de estratégias formais de suporte profissional:

“(...) acho que não estamos assim tão bem suportados (...), depois vai dependendo um bocadinho da personalidade de cada um e da maneira de ser para procurar esse suporte, porque não está assim tão evidente aos nossos olhos enquanto prestamos a nossa prática, deveria ser algo mais

efetivo na nossa prática.” E010.

O facto de esse suporte não estar disponível e instituído igualmente para todos os profissionais, compromete o apoio na subsistência do bem-estar emocional dos enfermeiros, tendo em conta que, através da reflexão sobre a ação, as estratégias de suporte conferem-lhes a capacidade de gerir situações de stresse no trabalho.

Neste âmbito, Parker (2004, cit. por Koivu, Saarinen & Hyrkäs, 2011) refere que a SCE tem sido largamente recomendada como meio de apoio para os enfermeiros, facilitando a compreensão de aspetos menos fáceis do seu trabalho e inculcando-lhes mecanismos de resiliência tão importantes para o seu exercício.

No estudo qualitativo realizado por Cross, Moore e Ockerby (2010), surgiu a categoria *“I’m not the only one”*, onde os participantes do estudo referiram uma sensação de alívio quando tinham a oportunidade de partilhar as suas experiências com alguém, na medida em que podiam perceber que não eram os únicos a experimentar sentimentos de frustração e stresse no seu dia-a-dia de trabalho. Notaram ainda que ao partilhar estes sentimentos, lhes era mais fácil encontrar estratégias que lhes permitiam lidar com estas situações com mais eficácia.

No nosso estudo, foi clara a noção dos participantes da “Necessidade de melhorar a SCE em uso”, como aqui se verifica:

“(...) as integrações também não estão a ser cumpridas como é o protocolo! (...) Não está a ser cumprido nada disso (...). Neste momento, é o que se está a fazer... mal (...). Se houvesse melhor integração de novos elementos, acho que ganhavam com isso (...) havia ganhos para todos... para o serviço e para eles e para quem integrar.” E011, “(...) a parte da atividade clínica seria o fruto dessa supervisão, não é? Neste momento, é zero!” E001.

Os enfermeiros valorizariam a existência de medidas de supervisão estruturadas aplicadas de forma sistematizada, que lhes fosse permitido recorrer sempre que sentissem necessidade.

Neste caso, não podemos esquecer que se trata de um contexto ainda muito marcado pelas diversas reestruturações no serviço, pelo que ainda se encontram em curso a uniformização de procedimentos, protocolos e políticas de organização do serviço.

Continuando a análise da informação proveniente das entrevistas efetuadas, foi ainda identificada no domínio da SCE em uso, a categoria “Quem faz supervisão”. Como já foi possível verificar, neste serviço de Pediatria, a supervisão efetuada é informal, mas nesta categoria pretende-se perceber quem executa as atividades de supervisão supramencionadas, mesmo que não lhe seja atribuído um papel formal de supervisor clínico.

Nesta categoria foram referidos a “Enfermeira chefe”, a “Responsável de turno” e ainda “Outros enfermeiros”, como aqueles que assumem funções de supervisionar a equipa de enfermagem.

Quanto ao papel da enfermeira chefe, este é o único considerado como um papel formal de supervisão e, como já foi referido anteriormente, é visto por muitos dos participantes como aquele que se deve assumir como primeiro supervisor:

“(...) na minha perspetiva esse pode ser um dos papéis do enfermeiro-chefe (...) a equipa pode recorrer (...) enfermeiros chefes (...) ” E007, “(...) assumir esse papel (...) ele está mais direcionado para uma chefe (...) ” E010, “(...) enquanto chefe, acho que é uma coisa muito... que a preocupa e acho que ela está sempre atenta àquilo que acontece.” E012.

Foi também referido o papel do responsável de turno como aquele que desempenha funções de supervisão no serviço:

“Quando estou como responsável de turno, por exemplo, penso que tenho alguma responsabilidade na supervisão dos cuidados deles (...).” E001, “(...) o responsável de turno também tem como função a supervisão dos colegas (...).” E011, “(...) teres o papel de responsável de turno... deixa um bocadinho a desejar (...) o papel do responsável de turno acho que não é no sentido que deveria ser atribuído... (...) às vezes, também fazes isso e não precisas de estar responsável de turno, é... é inerente à tua prática.” E004.

No entanto, mais uma vez é possível verificar que, apesar dos enfermeiros reconhecerem no responsável de turno a capacidade de supervisionar os colegas de equipa durante o turno e de considerarem que essa é uma das dimensões desse estatuto, admitem que devido a variadas condicionantes, nomeadamente a organização do trabalho, o responsável de turno não desempenha o papel de supervisor nem formalmente, nem da forma como deveria ser desempenhado.

Apesar de haver responsáveis de turno cientes das suas funções de supervisores e de as desenvolverem efetivamente, consideram que este papel não é encarado por todos nesse sentido e, portanto, ao não ser reconhecido como tal pela equipa em geral, remete-se mais à resolução de questões burocráticas do que propriamente a uma supervisão dos cuidados prestados pela equipa.

Por último, foi referido pelos enfermeiros a supervisão realizada entre colegas, resultando na subcategoria “Outros enfermeiros”:

“É assim, eu acho que a minha responsabilidade na supervisão dos colegas... tem que estar sempre presente, não é? (...) supervisão (...) é um dos aspetos que tenho em conta.” E003, “(...) mas as colegas em si, durante o trabalho fazem alguma supervisão uns dos outros (...).” E010.

Embora informal, está implícita uma supervisão entre colegas relativamente à prática clínica e suporte emocional. Pelas afirmações acima, podemos aferir que os enfermeiros pensam ter responsabilidades de supervisão, principalmente, em relação aos colegas mais novos que poderão apresentar maiores dificuldades, uma vez que se encontram em início de carreira.

No entanto, referem a supervisão de colegas mútua quase como inerente à prática de enfermagem. Consideraram que faz parte da responsabilidade do enfermeiro, e tendo em conta que muitas das atividades de enfermagem não são realizadas individualmente, a supervisão contínua é natural entre colegas, sempre em benefício do cliente.

Ficou ainda subentendida uma necessidade de formalizar os papéis nestes processos de supervisão, para que se proporcione aos supervisados maior segurança nas suas práticas e a oportunidade de, através da supervisão contínua, responderem a desafios do supervisor, de acordo com o seu grau de desenvolvimento profissional (Hyrkäs, 2002). Esta supervisão mútua, mas destruturada, leva a que não seja claro quem desempenha o papel de supervisor e o papel de supervisado, implicando uma série de constrangimentos, nomeadamente em relação à aceitação da supervisão efetuada.

Na categoria “Estratégias de supervisão” em uso no serviço de Pediatria, os enfermeiros referiram as estratégias que utilizam sempre que se encontram no papel de supervisores, assim como as estratégias utilizadas consigo enquanto supervisados por outros colegas.

Simões (2004, cit. por Garrido, Simões & Pires, p.28) define estratégia “como plano de acção pelo qual se escolhe, organiza e gerem as atividades, com vista a atingir um objectivo”. Para que o supervisionado alcance eficazmente o máximo potencial da sua evolução profissional é requerido ao supervisor que desenvolva diferentes estratégias de supervisão que incitem o desenvolvimento das competências necessárias (Garrido, Simões & Pires, 2008).

Simões e Garrido (2007) referem como finalidades das estratégias de supervisão prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, condicionar e estabelecer critérios.

Claramente, as estratégias de supervisão em uso no serviço, mais mencionadas pelos participantes, foram a “Reflexão” e o “Questionamento reflexivo”. Quanto à “Reflexão”, os entrevistados referiram as discussões em momentos formais e informais entre colegas como promotoras da reflexão, como se pode verificar nestes excertos:

“(...) às vezes tens situações em que sentes realmente ‘vamos fazer uma pausa, vamos falar sobre isto, o que é que sentiste, o que é que tu gostavas que tivesse sido diferente (...) vamos parar um bocado, vamos refletir como é que podemos fazer isto melhor (...)’ - chama-se o colega à parte, reflete-se porque é que... - ‘o que é que te levou a fazer assim, porque é que achas que é a melhor maneira’ - (...)” E004, “(...) refletir como é que as coisas poderiam mudar (...)” E005.

Para os participantes deste estudo, a partilha de conhecimentos e experiências entre colegas leva ao enriquecimento individual através da reflexão e beneficia o cliente, na medida em que se delimitam estratégias de atuação discutidas e refletidas para o melhor benefício do mesmo. Segundo Garmston e col. (2002, cit. por Fonseca, 2006), sendo a reflexão um procedimento chave para o desenvolvimento de competências através da promoção da capacidade de reformular a experiência e gerar novas alternativas, constitui também uma ferramenta essencial na avaliação das situações da prática no sentido de gerar novas e melhores aprendizagens através da experiência profissional individual e conjunta.

Na teorização realizada por Donald Schön (1983 cit. por Alarcão, 1996),

que se debruçou sobre a prática reflexiva, este salientou a importância da prática na evolução do conhecimento profissional, descrevendo a forma como o profissional edifica cognitivamente a sua estrutura ao confrontar-se com a ação.

Relativamente ao “Questionamento reflexivo”, os enfermeiros entrevistados referiram recorrer a esta estratégia no sentido de levarem os colegas a refletirem sobre as suas práticas, quase que de uma forma subtil. Está patente no discurso destes enfermeiros a preocupação com a suscetibilidade de cada um, o que se prende mais uma vez com perceções pouco definidas sobre a SCE e que se traduzem em receios de serem mal interpretados pelos colegas, quando desenvolvem atividades de supervisão.

A colocação de questões reflexivas consiste numa estratégia de supervisão com a qual se pretende validar conhecimentos teóricos e práticos, ao mesmo tempo que se incentiva à reflexão. A utilização desta estratégia está presente nos discursos seguintes:

“Geralmente, questionando... pronto, a maneira que eu acho que é assim mais... questionando - ‘será que está bem assim?’ (...) a abordagem geralmente é questionar - ‘será que... achas que assim vai funcionar? Se calhar não vai, por causa disto, disto e isto.’ - Se calhar discutir com o colega para chegar à melhor conclusão.” E002, “(...) coloco a questão sempre em forma de dúvida minha. E depois tento... discutir o assunto de maneira a chegar a algum consenso! (...) o que eu faço (...) é questionar porque é que está a fazer assim, se não fazia de outra maneira... (...) quando as pessoas aceitam abertamente as questões e aceitam discuti-las, acabam por ter um momento de crescimento para as duas.” E005, “(...) digo sempre - ‘não achas que seria melhor fazer de outra maneira?’ - porque assim também dá hipótese da pessoa refletir em relação àquilo que está a fazer.” E006.

De acordo com a bibliografia consultada, a formulação de questões reflexivas estimula algum desconforto considerado positivo no incentivo à análise crítica e reorganização dos esquemas mentais, base para a prática clínica. Portanto, são consideradas facilitadoras de uma prática reflexiva. Simões (2004) identifica como questões promotoras da reflexão a clarificação, a interpretação, o confronto, a reconstrução e a avaliação, com o objetivo de reedificação e emprego de novas estratégias que permitam encontrar as melhores soluções para

os problemas.

Remetemo-nos agora à subcategoria “Formação contínua”, estratégia de supervisão em uso no serviço de Pediatria também bastante mencionada pelos participantes deste estudo:

“A formação (...) era (...) a principal estratégia para aumentarmos os nossos conhecimentos.” E009, “(...) o nosso plano de formação foi realizado, primeiro tentando o que as pessoas entenderam como necessidades formativas no serviço, mas também com o sentido de colmatar algumas necessidades que nós vimos pela supervisão que achamos que são pertinentes e que as pessoas precisam de rever algumas práticas (...).” E012.

Quanto à formação em serviço, os enfermeiros veem nesta um momento crucial para aumentar os seus conhecimentos, promover o seu desenvolvimento e evolução face à profissão. Soares (2002, cit. por Fonseca, 2006) assume a formação em contexto de trabalho como uma oportunidade única de aquisição e desenvolvimento de saberes práticos. *“É, essencialmente, no âmbito da formação em contexto de trabalho que a supervisão adquire todo o seu significado e importância (...)”*, na medida em que esta é encarada *“como um processo de produção de conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional”* (Fonseca, 2006, p.15).

Através da formação em serviço, os enfermeiros desenvolvem a sua competência na área do saber agir profissionalmente e na tomada de decisão em situações imprevisíveis, e muitas vezes complicadas, da prática de enfermagem. *“É a supervisão como um processo permanente de enriquecimento mútuo e de ajuda entre colegas, assente numa relação interpessoal saudável (...)”* (Alarcão & Tavares, 2007, p.129).

O facto de os momentos de formação em contexto de trabalho se adequarem às necessidades formativas de uma equipa, acaba também por motivar a participação efetiva dos seus elementos, pelo que é positivo que haja um esforço dos responsáveis pela área da formação de um serviço em ir de encontro às necessidades de formação identificadas pela equipa.

Estes enfermeiros consideraram importante a formação contínua como estratégia de supervisão, mas reconhecem também a sua responsabilização

pessoal na procura contínua da autoformação:

“(...) cada um de nós tem que se manter permanentemente atualizado, porque se a profissão está sempre a mudar, tu também tens que estar sempre a mudar.” E004, “ (...) a própria formação das pessoas, o facto de as pessoas mostrarem iniciativa, irem a congressos, apresentarem trabalhos (...) a formação pessoal de cada um que acho que também acaba por contar bastante.” E005, “(...) nós devemos continuar sempre à procura de novos conhecimentos (...) porque não se deve falar de cor, deve-se ter conhecimentos científicos para argumentar e podermos ser... vá, argumentar validamente!” E006.

Reconhecem ainda o papel preponderante do supervisor, neste caso atribuído ao enfermeiro chefe, na motivação para a procura contínua da autoformação:

“(...) o facto de as pessoas fazerem formação, (...) frequentarem mestrados, (...) doutoramentos (...), a motivação dada pelas chefias: gostarem que as pessoas vão e façam esse tipo de formação; e a própria disponibilidade do serviço para que as pessoas façam esse tipo de formação (...), ao fomentar a ida das pessoas a esse tipo de formação (...) está a fomentar (...) o desenvolvimento (...) das pessoas.” E012.

A autoformação exige iniciativa e motivação na procura individual pelo conhecimento e pela excelência das competências técnicas e relacionais. Segundo Amiguiño (1992, cit. por Garrido, Simões & Pires, 2008), esta é desenvolvida no sentido de que o indivíduo encontra-se em constante interação com o meio que o rodeia, construindo através das suas experiências o seu próprio processo de formação.

É clara a noção destes enfermeiros de que faz toda a diferença serem detentores de conhecimentos válidos para poderem argumentar e basear as suas opiniões na evidência científica e assim contribuírem para momentos ricos em reflexão, que se revelem formativos para todos os envolvidos.

Relativamente à subcategoria “Análise de casos”, referenciada pelos participantes como estratégia de supervisão por si utilizada, apresentamos os seguintes excertos:

“Acho que tentar pegar naquelas situações... casos hipotéticos, percebe? Por exemplo - ‘olha, se tivéssemos uma criança com este caso, o que é que poderíamos fazer?’ - (...) acho que dá sempre um bom exercício.” E004, “(...) fazemos a análise de estudo de caso por doente (...).” E012.

Na literatura, a utilização da análise de casos, hipotéticos ou reais, da prática, permite a partilha e discussão e consequente operacionalização dos conhecimentos nessa área, através de uma aprendizagem reflexiva (Simões, 2004). Segundo Alarcão e Tavares (2007), possuem um grande valor formativo pelo seu caráter analítico.

A “Demonstração” foi outra das estratégias em uso no serviço, referidas pelo grupo de participantes:

“(...) mostrar... a demonstração... demonstrar como é que se faz...” E007, “(...) prefiro dizer - ‘queres que te ajude a montar as coisas ou a fazer as coisas?’ - (...) e vou-lhes dizendo as coisas.” E008.

A demonstração envolve mais ou menos o supervisionado na ação, de acordo com o seu grau de desenvolvimento. Através desta estratégia, o supervisor ensina e explica como se faz determinada técnica, exemplificando. É importante, neste âmbito, que o supervisor demonstre ao supervisionado que através de intervenções diferentes é possível atingir um mesmo objetivo (Simões, 2004).

A “Observação”, outra estratégia de supervisão utilizada neste serviço, é evidente nos seguintes discursos:

“A observação... é a primeira coisa (...) a observação (...) E depois um dia atrás do outro, vou vendo não é? Porque às vezes não é na primeira análise... a observação. Depois, procuro um dia quando estão esses colegas a prestar cuidados, de alguma forma perceber porque é que as pessoas o fazem (...) de uma determinada forma.” E012.

Esta estratégia de supervisão é entendida como um conjunto de atividades que se destinam a obter informações sobre um determinado contexto ou ação. Esta só tem valor se servir de ponto de partida, mais uma vez, para a reflexão sobre a ação, sempre no sentido de incrementar a qualidade das práticas (Alarcão & Tavares, 2007). Essa finalidade da observação é, de resto, da consciência dos participantes que referiram esta estratégia de supervisão.

Quanto ao “*Feedback*”, este foi mencionado por alguns dos participantes:

“(...) se vires alguma coisa que está a ser mal feita, tem que se chamar à parte educadamente (...) tens que chamar à parte, e dizer que - ‘não foi a melhor maneira; se calhar, esta é a melhor maneira por isto e isto...’ - (...) e depois, então, tentas dar a tua opinião de uma forma (...) assertiva, sem te impores.” E004, *“(...) provavelmente (...) dar um feedback.”* E005.

O *feedback* potencia a melhoria da comunicação entre supervisores e supervisados e contribui para a clarificação desses papéis. No estudo realizado por Cross, Moore e Ockerby (2010), os participantes concordaram com a importância do supervisor lhes dar *feedback* positivo e construtivo sobre as questões de trabalho. O uso desta estratégia de supervisão fê-los sentirem-se valorizados, ao mesmo tempo que sentiram a validação das suas ações por alguém mais qualificado. O *feedback* permitiu-lhes ainda discutir os problemas no local de trabalho, em vez de levarem os problemas para casa, deixando que estes influenciassem a sua vida pessoal.

Por último, a “Análise da documentação dos cuidados de enfermagem” foi também referida como uma estratégia válida nas práticas supervisivas em uso:

“(...) a análise da documentação que as pessoas fazem dos cuidados que prestam. (...) aquilo que se pretende é um bocadinho... prática baseada na evidência, que as pessoas cheguem e digam - ‘nós fazemos isto assim’ - mas então o que é que está relacionado que deveria ser feito? Então, (...) vamos rever aquilo que nós fazemos. (...) a nível de sistemas de informação tem que haver sempre pessoas que façam a análise da documentação.” E012.

Nesta temática das estratégias de SCE, foi ainda identificada a categoria “Adequação das estratégias de supervisão”. Este facto tornou-se interessante na medida em que a maior parte destes enfermeiros não possui formação em SCE, mas, mesmo assim, demonstraram ter consciência do quão é importante atentar às várias condicionantes quando se escolhe utilizar uma determinada estratégia de supervisão.

“(...) depois também nos compete a nós tentarmos... abordar (...) a pessoa de outra forma. Arranjar, se calhar, novas estratégias de supervisão... É verdade, isso é que é fundamental! Nem sempre a estratégia utilizada é a

melhor para aquela pessoa ou aquele colega (...). E003, “(...) mas lá está, depende de quem é o colega (...) depende de como o vou fazer, não é?! Tenho que adequar a estratégia a quem a vou aplicar.” E010.

Não podemos falar numa estratégia única e válida para todos os casos. Diferentes estratégias devem ser utilizadas em diferentes contextos, com diferentes indivíduos, de acordo com as características dos intervenientes no processo de supervisão, os objetivos a que se propõem e todas as condicionantes e recursos disponíveis (Fonseca, 2006).

Neste estudo foi ainda possível identificar junto dos enfermeiros as situações da prática diária propícias à reflexão, tanto em grupo como individual. Desta análise resultou a categoria “Conjunturas promotoras da reflexão”. Neste âmbito, foi nítida a importância atribuída por estes às discussões nas “Passagens de turno” como momentos cruciais para o desenvolvimento de uma prática reflexiva, como aqui se pode verificar:

“(...) vou responder as passagens de turno. São os momentos em que nós mais refletimos sobre as nossas práticas e que trocamos ideias sobre as nossas práticas...” E001, “(...) é nas passagens de turno que surgem discussões rápidas ou troca de ideias, de maneira a chegar ao melhor resultado, porque é nas passagens de turno que uma pessoa se questiona (...) - ‘porque é que foi isso? Porque é que fizeste? Porque é que aconteceu? Eu fiz assim ontem e o resultado não foi esse! - Por isso, é importante a troca (...).” E002, “(...) acho importante as passagens de turno, as discussões nas passagens de turno (...).” E003, “Para mim as passagens de turno são sagradas (...), porque aí é o momento de partilhar em grupo. (...) ter a hipótese de partilhar, de ouvir várias ideias e de se definirem algumas coisas em termos de continuidade de cuidados parece-me fundamental.” E007.

Podemos verificar que os participantes valorizam os momentos das passagens de turno para refletirem sobre a prática e aferirem a melhor forma de lidar com cada situação. Atribuem grande relevância às passagens de turno, valorizando a informação que é partilhada e discutida no momento da ocorrência de determinada situação.

Por outro lado, as discussões geradas a partir de momentos de “Formação

em serviço” propiciam também à reflexão:

“(...) a formação em serviço! Também são momentos que são fundamentais para essa reflexão (...).” E003.

A “Supervisão de estudantes” foi também apontada como uma oportunidade à reflexão das práticas:

“(...) quando se faz orientação de alunos, são momentos bons para se estabelecer pensamento crítico (...). Acho que orientar alunos também é uma boa estratégia para estimular o pensamento crítico.” E003.

Houve ainda quem referisse a importância dos sistemas de informação, apontando para a subcategoria “Registo dos cuidados de enfermagem no programa SAPE”:

“Eu acho que, nos últimos anos, temos vindo a fazer essa reflexão através dos registos informáticos. Acho que o facto de estarmos a discutir se o diagnóstico que levantamos era o mais adequado ou não àquela situação (...) ao pensarmos no que é que estávamos... como é que definimos aquele diagnóstico, se era adequado e se não era... também estávamos a refletir um bocadinho que é que estávamos a fazer para atingir os nossos objetivos.” E007.

Os “Programas de qualidade” institucional foram também referidos como forma de fazer os profissionais repensarem as suas práticas e refletirem sobre novas e melhores formas de agir:

“(...) os programas de qualidade (...) institucional, também servem para que as pessoas repensem todos os circuitos e todas as formas e façam análise crítica e que desenvolvam o seu pensamento crítico.” E012.

Concluímos que a supervisão tem uma forte componente reflexiva e que, na prática clínica diária deste serviço, os enfermeiros encontram várias oportunidades de analisar e reconsiderar os seus cuidados. Não obstante, estes participantes revelaram a necessidade de instituir mais momentos formais de reflexão conjunta, dando algumas sugestões que serão abordadas no próximo capítulo: SCE desejada.

Além das “Conjunturas promotoras da reflexão”, foi possível identificar a

categoria “Elementos promotores do pensamento crítico”, onde se inclui o “Enfermeiro chefe” como única subcategoria. Os enfermeiros entendem que o desenvolvimento do pensamento crítico pela reflexão depende em grande medida das chefias, como se pode verificar:

“(...) quantas vezes, pronto, ela perguntava [a enfermeira chefe] - ‘porque é que estavas a fazer assim?’ - (...) estratégias para estimular o pensamento crítico, acho que a chefia, que nesse aspeto era muito bom (...).” E004, “(...) acho que o pensamento crítico, também por causa da chefe, era bastante desenvolvido durante as passagens de turno. (...) as pessoas eram obrigadas a pensar e a justificar os procedimentos (...).” E005, “O principal é a chefia para estimular o pensamento crítico. Acho que é fundamental. Se não tivermos uma chefe com crítica, que proporcione momentos de reflexão, a equipa é igual. A equipa reflete a chefia que tem.” E011.

A estimulação à análise da prática realizada pelo enfermeiro chefe, incentiva a equipa de enfermagem a refletir para a ação ou sobre a ação, servindo o seu papel de supervisor como agente catalisador para uma prática reflexiva e centrada na melhoria dos cuidados. Segundo estes enfermeiros, a equipa de enfermagem acaba por ser o espelho da sua chefia, no que toca à reflexão. Através da exigência da mesma, a equipa é incitada a tornar-se mais exigente consigo própria, instigando a cada responsabilidade individual no seu próprio desenvolvimento e vontade de se tornarem melhores profissionais.

Apesar de os participantes terem referido que, de um modo geral, a supervisão tem uma aceitação positiva por parte dos colegas, é importante mencionar que aludiram principalmente à supervisão na integração de novos elementos no serviço. Em situações de supervisão clínica entre a equipa, ainda que informal, é de mencionar que quase todos os entrevistados disseram que a aceitação da supervisão depende muito da personalidade dos colegas alvo da supervisão, assim como da informação sobre SCE que possuem. Se há colegas que aceitam bem a supervisão, há também colegas que continuam a atribuir um carácter negativo à SCE, como já referido, pelo que não têm uma atitude positiva e construtiva em relação às atividades de supervisão desenvolvidas.

Este facto remete-nos para as próximas categorias identificadas: “Dificuldades na SCE” e “Barreiras à SCE”. Na primeira categoria, foram alocadas

as dificuldades sentidas pelos enfermeiros participantes no desempenho da supervisão enquanto supervisores clínicos e supervisados. Na segunda, encontram-se as barreiras existentes no serviço que comprometem o exercício da SCE.

A categoria “Dificuldades na SCE” resultou em quatro subcategorias, sendo a primeira a “Não-aceitação da supervisão”:

“A não-aceitação por parte dos outros (...) nem sempre as pessoas aceitam muito bem o ser confrontadas com algo que é diferente daquilo que elas pensam que está bem...” E003, “(...) porque as pessoas depois às vezes entendem alguns comentários - ‘olha, não faças isso assim; ou faz de outra forma; ou poderias fazer; ou olha que não é assim’ - entendem isso mal! Não estão muito habituados a isso! (...) não é fácil as pessoas aceitarem a crítica (...).” E012.

Segundo estes enfermeiros, nem sempre os colegas aceitam ser supervisados, nem sempre consideram que necessitam de alguma supervisão específica. O primeiro passo para que não se consiga fazer uma supervisão efetiva e eficaz é o não comprometimento e a desmotivação para com o processo de supervisão. Para os participantes, esta não-aceitação está também associada à falta de informação ou confusão em torno do conceito de SCE.

Referiram ainda o “Respeitar a individualidade do supervisado” como dificuldades no desempenho da supervisão:

“(...) ao supervisionar, uma pessoa tem que ter a mentalidade, tem que ter consciência que a pessoa que está a ser supervisionada, que não vai fazer... não é uma cópia nossa! (...) já cheguei à conclusão que é diferente, mas o fim é o mesmo, a coisa está bem feita, o resultado é o mesmo, por isso... se calhar a dificuldade que tenho é essa, pronto, métodos de trabalho bastante diferentes... respeitar a maneira do outro (...) acho que é essa a maior dificuldade, é aceitar o outro como uma pessoa diferente.” E002.

Esta componente tão importante, como já vimos anteriormente, e que faz parte do papel do supervisor, nem sempre se revela fácil de implementar. Segundo este testemunho, não é encarado como algo negativo, mas antes como um desafio às suas funções de supervisor. De facto, é necessário conceder o espaço necessário ao supervisado para que se desenvolva de acordo com as suas

características específicas, com a ajuda preciosa do supervisor.

Foi referida também a “Incompatibilidade de personalidades”, ou poderemos chamar-lhe falta de empatia entre supervisor e supervisionado, constituindo esta um inconveniente à instalação de uma relação supervisiiva saudável. Dizem-nos alguns dos enfermeiros:

“Isso tem um bocado a ver com personalidades [risos], as pessoas não são todas iguais. (...) Não se pode agradar a gregos e a troianos. As pessoas ou gostam ou não gostam. (...) eu acho muitas vezes em relação aos colegas é mesmo por... personalidade.” E006, “ (...) cada um tem a sua maneira de trabalhar, tem a sua personalidade e não é fácil (...); “ (...) a supervisão de colegas... depende também dos colegas, não é? Depende também da afinidade que temos com os colegas!”; “ (...) ter em conta a personalidade, pode haver alguma personalidade que também rebata, pela teimosia (...).” E010.

É referida ainda como dificuldade na supervisão de pares a “Imparcialidade”. Se por um lado, estes enfermeiros consideraram ser necessário haver imparcialidade para uma boa relação supervisiiva, por outro admitem essa dimensão como uma dificuldade, ou seja, nem sempre é fácil incutir essa imparcialidade na relação supervisor-supervisionado, principalmente quando existe já uma relação de proximidade:

“(...) tentar abstrair-me um bocadinho do papel de amiga, comparsa, e às vezes é complicado!” E004.

Relativamente às “Barreiras à SCE”, são incluídas as condicionantes existentes atualmente no serviço que podem comprometer a implementação de um programa de SCE. Foi referida a “Sobrecarga de trabalho”, como se verifica no seguinte testemunho:

“Eu acho que as pessoas pensam sempre que, como temos um aluno ou um profissional ao nosso encargo, (...) que estamos um bocadinho menos sobrecarregados! E depois, eu acho que acabam por... abusar um bocadinho dessa situação. (...) no início, acho que é um acréscimo de trabalho e de responsabilidade. Eu acho que as pessoas às vezes, não percebem a responsabilidade que é!” E009.

No estudo realizado por White e Winstanley (2006), cujo objetivo foi explorar a questão da gestão de recursos na introdução e manutenção de um programa de SCE, estes autores chegaram à conclusão de que não é possível atribuir o papel apenas de supervisor aos enfermeiros, sendo que isto se traduziria em custos muito altos para a instituição. Nesta perspetiva, admitem a sobrecarga de trabalho que a supervisão implica quando os enfermeiros têm que dar resposta às suas atividades na enfermaria, ao mesmo tempo que gerem o seu tempo para o dedicar à evolução do supervisionado.

Foi mencionada a “Falta de tempo” para realizar uma supervisão efetiva e estruturada como barreira à SCE:

“(...) não ter oportunidade (...) por falta de tempo...” E001, “(...) com o número de doente que temos, muitas vezes, a única coisa que conseguimos fazer é a parte dos procedimentos técnicos e pouco mais...” E005, “Há turnos em que isso dá para fazer, há outros em que não, em que estás tão absorvida com o teu trabalho que não fazes nenhuma supervisão.” E010.

Os resultados deste estudo corroboram os de Williams e Irvine (2009), que salientam a falta de tempo dos enfermeiros supervisores para realizar supervisão efetiva como a principal barreira ao sucesso da implementação da mesma. Consideram que a dedicação de tempo para o desenvolvimento e suporte dos intervenientes é crucial para que a supervisão consiga vingar na área da Enfermagem.

Neste âmbito, percebe-se que esta falta de tempo se deva essencialmente à “Escassez de recursos humanos” e à dificuldade na gestão dos mesmos:

“(...) os recursos humanos, poucos colegas a trabalhar no turno...” E001.

Por outro lado, há enfermeiros que consideram que nem todos os elementos da equipa de enfermagem estão motivados para a supervisão, o que constitui uma barreira à implementação da mesma. Nesta linha, foi identificada a subcategoria “Falta de motivação da equipa” evidente nos discursos abaixo:

“(...) às vezes há falta de tempo ou falta de vontade.” E009, “(...) a equipa (...) não está motivada... (...) quando não há vontade, não tem interesse nenhum nem tem ganhos nenhuns.” E011.

Essa falta de motivação pode advir das já mencionadas “Conceções erradas sobre a SCE”:

“(...) se calhar há muita gente que não entende supervisão na perspetiva que a gente está a ver. Se calhar, há muita gente que encarará a supervisão como tomar conta e/ou ‘policimento’ (...)” E002.

No estudo levado a cabo por Cheater e Hale (2001), o grupo de participantes refere também a existência destes preconceitos equívocos relativamente à SCE, por parte de alguns dos seus colegas de trabalho. Referem ideias preconcebidas de que a SCE seria apenas aplicada em casos de baixa performance como forma de inspeção e retaliação. Estes consideraram a necessidade de esclarecer o conceito de SCE junto dos enfermeiros, assim como de promover a afirmação desta como relevante para a prática de enfermagem, na tentativa de que ideias erróneas não resultem em barreiras à SCE.

Koivu, Saarinen e Hyrkäs (2011) consideram também que, apesar dos vários propósitos válidos e positivos da SCE, continuam a prevalecer juízos de valor erróneos acerca da mesma.

Já Cross, Moore e Ockerby (2010) vão mais longe ao afirmar que existe mesmo um certo ceticismo e desconfiança por parte de alguns enfermeiros quanto à intenção da SCE, o que vários autores referem resultar em comportamentos de resistência para com a SCE. Fica claro para estes autores que esta perceção se deve à falta de informação sobre os objetivos da SCE, havendo a necessidade de clarificar dúvidas sobre o conceito. Referem ainda que este facto pode estar ligado com a utilização comum da palavra “*supervisão*” com o significado de observar, inspecionar e controlar, o que se torna algo intimidatório. No estudo realizado por estes autores, os participantes sugeriram ser preferível chamar à SCE um termo mais ligado ao suporte à atividade clínica e reflexão.

Concluindo, todas estas condicionantes levam a que haja alguma resistência à mudança e, admitindo o fator evolutivo que a SCE teria no serviço e todas as alterações que seria necessário operar, a abertura à mudança seria fundamental. Nos discursos seguintes, verificamos que, na opinião dos enfermeiros inquiridos, esta seria uma barreira à implementação da SCE no serviço de Pediatria:

“Mudança de mentalidades para se implementar a supervisão clínica...”

E002, “ (...) a mudança de mentalidades, é isso (...). Mudar um bocadinho esse tipo de mentalidades. E acho que, lá está, isso exige esforço e tempo (...) realmente passa um bocadinho por mudar as mentalidades.” E009, “(...) muitos profissionais continuam a ter resistência a qualquer coisa que seja de novo e (...) algo que conteste aquilo que eles fazem já por rotina e que já têm seguro (...). ” E012.

Bishop (1998) chegou à conclusão que as principais dificuldades e barreiras ao sucesso da SCE são a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo, escassos recursos humanos qualificados, falta de apoio aos supervisores clínicos e concepções erradas dos enfermeiros sobre a SCE. No estudo de Cheater e Hale (2001) as conclusões foram similares, apontando a falta de tempo para fazer supervisão durante a prática diária, concepções erradas sobre a SCE e falta de suporte para os supervisores clínicos.

Segundo Koivu, Saarinen e Hyrkäs (2011), existe o perigo de a SCE suscitar o surgir de conflitos entre os elementos da equipa se não for conseguida uma comunicação eficaz e instituído um espírito de cooperação entre todos os intervenientes.

Apesar de todos estes constrangimentos inerentes à SCE, entendemos que todos estes obstáculos podem ser ultrapassados através da transmissão de mais e melhor informação esclarecedora sobre a SCE, e do envolvimento das instituições em todo o processo de implementação (Cheater & Hale, 2001).

3.4 SCE Desejada

A “SCE desejada” foi outra das dimensões que surgiu da análise das entrevistas realizadas. Neste subcapítulo pretende-se perceber as evoluções que este grupo de participantes considerou como relevantes para que se concretizasse a implementação de um programa de SCE no serviço.

Das entrevistas realizadas, emergiram as categorias “Tipo de supervisão”, “Frequência das sessões de supervisão”, “Seleção do supervisor” e “Implementação da SCE no serviço” (Quadro 4).

Quadro 4: SCE desejada

Categorias	Subcategorias
Tipo de supervisão	Supervisão individual
	Supervisão de grupo
	Supervisão mista
Frequência das sessões de supervisão	Semanal
	Mensal
	Semestral
	Mediante as necessidades
Seleção do supervisor	Pela equipa
	Pela chefia
	Pela instituição
	Avaliação curricular
	Autoproposta
Implementação da SCE no serviço	Processo de supervisão
	Formação
	Reflexão
	Normalização da SCE

De acordo com Barribal, While e Münch (2004) ainda não existe consenso sobre qual será o caminho mais apropriado na gestão e organização da SCE para que se assegurem os melhores resultados.

A categoria “Tipo de supervisão”, pretende encerrar as opções dos participantes quanto ao tipo de supervisão que seria mais benéfica e exequível nesta equipa de enfermagem. De acordo com as diferentes opiniões dos enfermeiros identificaram-se três subcategorias “Supervisão individual”, “Supervisão de grupo” e “Supervisão mista”. Neste contexto, houve enfermeiros que consideraram a “Supervisão individual” como sendo a mais benéfica:

“Eu acho que é sempre melhor um para um. Um para um... (...) continuo a achar que um para um é benéfico.” E009.

Neste tipo de supervisão, cada supervisor supervisiona apenas um enfermeiro. Apesar de haver enfermeiros que consideram este o tipo de

supervisão mais eficaz, outros referiram que poderá não ser o mais viável em termos da gestão dos recursos humanos do serviço e preferiram a “Supervisão de grupo”:

“(...) atendendo ao nosso serviço (...) acho que precisava de ser de grupo.” E012, *“Eu acho que de grupo. (...) trabalhando em equipa, como é um trabalho em equipa, acho que as estratégias e a supervisão continua a ter que ser em grupo.”* E002, *“(...) mais possível de acontecer, era pelo menos ser de grupo, ter um elemento, por exemplo por turno, que supervisionasse os outros elementos. É o mais viável neste momento.”* E001, *“(...) gostava que fosse em equipa, não gostava que fosse individualizado. (...) eu acho que é em equipa que se deve fazer.”* E008.

No geral, tendo em conta todas as condicionantes do serviço e, também tentando minimizar ao máximo as barreiras à SCE existentes nomeadamente em termos de recursos humanos, estes participantes consideraram que o mais exequível seria implementar uma supervisão de grupo.

Um participante considerou benéfica uma supervisão mista, ou seja, uma supervisão da prática individualizada, mas com sessões de supervisão em grupo, entre pares de supervisores e supervisados, como está descrito no seguinte excerto:

“Eu acho que o melhor era um para um (...) eu acho que para resultar, e em termos de supervisão de pares, parece-me que o ideal seria mesmo um para um. (...) Partindo do princípio que havia, no mesmo serviço, mais do que um par a ser supervisionado, então mais importante seria ainda a troca de experiências, tanto d’uns como d’outros, dos pares: supervisionados e supervisores (...).” E007.

Os nossos resultados corroboram os obtidos no estudo de Barribal, While e Münch (2004), em que não houve consenso em relação ao tipo de supervisão mais benéfico. Os participantes referiram que a supervisão em grupo proporciona maiores oportunidades de reflexão sobre as práticas sob diferentes perspetivas e é crucial para uma melhor compreensão dos papéis e responsabilidades de cada um. Em contrapartida, outros identificaram a supervisão em grupo como sendo mais difícil de gerir e que o foco da supervisão se dissipa relativamente àquelas que são as necessidades do supervisionado, referindo ainda que é mais difícil estabelecer uma

relação de confiança e de abertura numa situação de grupo.

Winstanley e White (2003) concluíram que os supervisados sentiam um suporte mais efetivo do supervisor quando em grupo do que individualmente. No nosso estudo, os participantes referiram que a discussão conjunta de situações problema em grupo de supervisores e supervisados seria benéfica.

Cross, Moore e Ockerby (2010), referem as vantagens da supervisão em grupo, nomeadamente no que concerne ao custo / benefício e eficiência da supervisão. Se todos os supervisados se encontrarem no mesmo patamar de desenvolvimento profissional, a supervisão de grupo revela-se importante para a reflexão sobre situações da prática clínica diária com representações semelhantes para o grupo de supervisados, assim como lhes permite desenvolver novas competências e sentirem-se apoiados pelos colegas.

A categoria “Frequência das sessões de supervisão” refere-se à periodicidade temporal com que devem ser realizadas as sessões de supervisão para que daí resultem ganhos para os enfermeiros. Identificou-se a subcategoria “Semanal”:

“Eu acho que, sessões de supervisão, inicialmente, talvez com uma periodicidade semanal.” E005, “Tendo em conta o nosso serviço teria de ser frequente, teria de ser ou semanal ou no máximo de quinze em quinze dias porque as necessidades são muitas (...).” E010.

Na opinião de alguns enfermeiros, para a implementação de um programa de SC no serviço, onde ainda não existe praticamente nada estruturado, à exceção da integração de novos profissionais, seria necessário realizar sessões de supervisão com intervalos de tempo curtos.

Outros, como se verifica nos seguintes excertos, referem que a periodicidade das sessões deveria ser “Mensal”:

“Eu acho que p’raí uma vez por mês.” E003, “Mensalmente.” E004, “Pelo menos uma vez por mês.” E006, “Isso depende do tempo em que for decorrer não é? Mas eu acho que, pelo menos uma vez por mês era importante.” E007, “Até havia de haver reuniões não só com o supervisor, mas com a equipa em geral! Todos os meses! Uma vez por mês.” E011.

Estes enfermeiros consideraram que uma periodicidade mais curta poderia

ser tida como uma perda de tempo, na medida em que nem sempre haveria assuntos a debater, e haveria falta de tempo dos enfermeiros; e uma periodicidade mais longa levaria a que se perdesse informação e momentos de reflexão importantes, o que comprometeria os resultados destas reuniões.

Outros participantes referiram uma frequência da realização das sessões de supervisão “Semestral”, como se verifica na afirmação:

“Pelo menos duas vezes por ano ... duas vezes por ano, eu acho que será suficiente. De seis em seis meses.” E009.

E houve ainda quem defendesse a realização das sessões de supervisão “Mediante as necessidades” sentidas ao longo do processo de supervisão:

“(...) se calhar, inicialmente seria necessário ser mais curto para definir estratégias, para depois, então, quando se entrasse já mais numa fase de avaliar e de definir os parâmetros e tudo, se calhar duas vezes por ano (...).” E002, *“Eu acho que, sessões de supervisão, inicialmente, talvez com uma periodicidade semanal. E depois, mediante o grupo, digamos assim, cada grupo deveria marcar as suas próprias reuniões mediante as necessidades que sentissem.”* E005.

Estes participantes consideram que as sessões de supervisão deveriam ser inicialmente mais frequentes e depois mais espaçadas consoante as necessidades de supervisão sentidas pela equipa de enfermagem.

Os nossos resultados corroboram os de outros estudos em que as opiniões dos enfermeiros sobre a periodicidade das sessões de supervisão era diversa. Veeramah (2002) concluiu que os enfermeiros valorizaram as sessões de supervisão mensais ou quinzenais, embora houvesse também referência a sessões semanais e ainda a sessões sem periodicidade preconizada, que se realizariam mediante as necessidades da equipa. Winstanley e White (2003) verificaram que as sessões de supervisão realizadas mensalmente ou bimensalmente se traduziram em melhores resultados para os supervisados em termos de supervisão, quer em contexto hospitalar, quer no contexto dos cuidados de saúde primários. À semelhança, os enfermeiros que integraram o estudo de Carvalho (2012) consideraram mais benéficas as sessões de supervisão mensais ou bimensais, referindo ainda que sessões com uma periodicidade semanal seriam demasiado próximas. Os participantes do estudo de Cruz, Carvalho e Sousa (2012) também revelaram

opiniões muito diversas sobre a frequência das sessões supervisivas.

Cheater e Hale (2001) concluíram que os enfermeiros consideraram que não era viável a realização de reuniões de supervisão que não sejam contabilizadas como tempo de serviço. Os enfermeiros participantes no estudo de Cross, Moore e Ockerby (2010), revelaram-se satisfeitos em ter um tempo específico dedicado à reflexão, fora do horário de trabalho e sem interrupções. O facto de lhes ser concedido esse tempo, permitiu-lhes alhearem-se do trabalho diário, parar e dedicarem-se exclusivamente a refletir sobre a sua prática.

Quem deve fazer a “Seleção do Supervisor” foi outra das categorias que emergiu do discurso dos participantes.

A seleção do supervisor “Pela equipa” de enfermagem foi uma das formas de escolha mencionadas, como se pode atestar nas seguintes opiniões:

“(...) pela equipa, em maioria, claro que acho que nunca ia ser consensual, mas acho que sim, acho que devia ser selecionado pela equipa.” E008, “(...) é assim, entre a equipa ... (...) era por unanimidade, se a equipa quisesse...” E011, “(...) pelo reconhecimento, se calhar, até de algumas competências, da própria aceitação da equipa, porque se as pessoas não aceitarem quem estiver a supervisionar, é logo um grande problema.” E012.

Estes enfermeiros consideraram a escolha do supervisor pelos elementos da equipa como a mais viável, tendo em conta que a aceitação do supervisor é uma das condições prévias para que os supervisados tenham uma atitude positiva face ao processo de supervisão. No entanto, houve também quem rejeitasse esta hipótese, alegando a provável falta de isenção que existiria entre a equipa, tendo em conta relações de maior proximidade, o que levaria a conflitos de interesses, considerando que deveria caber à enfermeira chefe a seleção do supervisor, como se verifica no seguinte excerto:

“Lá está, pela equipa eu acho que é um bocado perigoso, porque eu acho que depois poderiam também haver outro tipo de interesses na equipa.” E009.

Os participantes consideram que a enfermeira chefe, mais do que qualquer outra pessoa, deve conhecer as características e motivações dos membros da sua equipa, pelo que deverá ser a responsável pela seleção dos supervisores:

“Eu julgo que a pessoa melhor, mais habilitada, deveria ser sempre a chefe a escolher... a escolher qual era a equipa de supervisores (...) a pessoa mais... isenta, devia ser sempre a chefe.” E009.

No estudo de Pires (2004), alguns dos participantes referem que os enfermeiros chefes devem ter um papel ativo no processo de escolha dos supervisores.

No entanto, alguns atores rejeitaram que esse papel fosse da responsabilidade do enfermeiro chefe:

“(...) quem é que vai selecionar os supervisores? Eu não concordo que seja o chefe. Eu não concordo que seja o chefe a selecionar o supervisor.” E004,
“Ora bem... pela chefia, não concordo!” E011.

A seleção do supervisor “Pela instituição” ou por critérios definidos *à priori* pela instituição foi também uma das hipóteses mencionadas:

“(...) pela direção de enfermagem, se calhar!... pela chefia do serviço acho que isso não! Acho que deveria ser uma entidade ainda mais acima, por uma direção de enfermagem. (...) as pessoas poderiam se voluntariar e depois criar critérios (...)” E010.

Foi ainda sugerida a escolha do supervisor clínico através de uma “Avaliação curricular”:

“Acho que a seleção deveria ser feita através de avaliação curricular, essencialmente, por uma pessoa externa ao serviço e escolher o supervisor com base numa avaliação curricular e numa entrevista.” E005

Por último, foi referida a hipótese de selecionar o supervisor pela “Autoproposta”, como se verifica no discurso:

“(...) o supervisor também se poderia propor (...) apresentando um projeto daquilo que ia fazer (...). Portanto, seria através de um projeto entregue à chefe (...). Um projeto!” E006.

No que se refere à categoria “Seleção do supervisor” não houve qualquer consenso nas opiniões deste grupo de participantes, além de que foi notória no discurso de grande parte destes, a dúvida sobre o processo de escolha do

supervisor, como aqui se confirma:

“(...) quem é que vai selecionar essa pessoa... (...) Mesmo... mesmo que tu tenhas uma lista que... é assim, é sempre complicado, porque mesmo que tenhas uma lista de parâmetros que tu tentas que aquele supervisor tenha (...). Tens que ter sempre... parâmetros... acoplados. Baseados em estudos sobre supervisão clínica (...). Mas... quem é que preenche aquela lista? (...) Mas... o que é que o chefe vai responder acerca... será que vai ser sincero acerca... será que não se vai deixar influenciar?” E004.

Estas dúvidas prendem-se essencialmente com a capacidade de quem faz a seleção e a sua imparcialidade na sua identificação do supervisor. A imparcialidade foi identificada por estes enfermeiros como ponto fulcral no papel do supervisor e no estabelecimento de uma relação supervisiva saudável.

Os participantes consideram imperativo que a escolha do supervisor se baseie em parâmetros assentes na teoria da supervisão, nas características definidoras de um bom supervisor, e que se assegure uma total imparcialidade em todo o processo.

À semelhança, no estudo de Barribal, While e Münch (2004), também não foi possível chegar a um consenso quanto ao processo de seleção do supervisor. No entanto, não obstante as dúvidas inerentes à seleção, fica evidente que a opinião de alguns participantes corrobora os resultados de Pires (2004), percebendo-se que o supervisor deverá emergir da equipa de enfermagem, o que, segundo Cottrel (2000, cit. por Pires, 2004), contribuirá para que todos os elementos tenham um conhecimento mais ou menos profundo das características daquele que escolheram para supervisor, e vice-versa.

No presente estudo, nenhum dos participantes referiu a escolha do supervisor pelos próprios supervisados, ao contrário do que sucede no estudo de Pires (2004) que aponta para que possa ser o próprio supervisado a escolher o seu supervisor, o que é corroborado pela perspetiva de May (2003, cit. por Pires, 2004), Howatson-Jones (2003) e Winstanley e White (2003), que também apontam para que possam ser os supervisados a escolher o seu supervisor. Estes últimos entendem que a possibilidade de o supervisado poder escolher por quem deseja ser supervisionado é um fator importante, na medida em que aumenta a qualidade da relação supervisiva e dos próprios cuidados, resultando num compromisso mais

efetivo dos envolvidos.

Em forma de síntese, consideramos que, neste domínio, o estudo corrobora os achados de Pires (2004), também realizado em contexto hospitalar, cujos resultados apontam para que no processo de seleção do supervisor estejam envolvidos profissionais de enfermagem e não de outras áreas, como gestores ou administradores, pois este é um processo que envolve um compromisso de profissionais da mesma área clínica, com experiência suficiente na mesma, onde a participação de elementos de outras áreas profissionais poderia conduzir a uma falta de clareza no processo e no tipo de supervisão a desenvolver (Bond & Holland, 1998).

Por fim, neste capítulo, em que se aborda o domínio “SCE desejada”, introduzimos a categoria “Implementação da SCE no serviço”, em que se apresentam as necessidades do serviço em termos de supervisão e os aspetos relevantes, na opinião destes enfermeiros, para uma adequada implementação da SCE no futuro.

Começamos por remeter à primeira subcategoria identificada, “Processo de supervisão”, onde alocamos as seguintes unidades de registo:

“(...) com avaliações periódicas dos objetivos e das capacidades... se calhar os objetivos deveriam ser tratados com timings de atingimento desses objetivos, por isso, conforme os timings, fazer avaliações periódicas e depois reajustes (...). E no fim, fazer uma avaliação formal (...).” E007, “(...) criar uma rotina de supervisão (...) de documentação dessa supervisão. (...) e depois implementar esse programa com objetivos, com planeamento, sabermos que em x tempo vamos fazer supervisão disto e daquilo e etc. E com grelhas para depois fazermos a avaliação - ‘Ora bem, o que nós deveríamos estar a fazer é isto, e o que estamos a fazer é aquilo, o que é que vamos agora fazer para mudar?’” E012, “Objetivos, metas a atingir e... e tempo! Tempo... espaço temporal entre os objetivos e as metas a atingir.” E012.

De acordo com o testemunho destes participantes, é essencial no processo de supervisão delinear objetivos e metas a atingir, assim como definir os *timings* para atingimento desses mesmos objetivos em conjunto com o supervisionado. Este processo deverá ainda envolver avaliações periódicas para atestar o normal desenvolvimento da supervisão, a ponto de operar as mudanças necessárias

atempadamente, para que o crescimento profissional do supervisionado atinja a sua plenitude. A avaliação final e formal faz também parte deste processo.

Também no estudo de Pires (2004) os enfermeiros entendem que deve ser formalizada uma política de supervisão cujo processo proporcione uma maior responsabilização profissional, que constitua um contributo para a formação, reflexão sobre as práticas, bem-estar pessoal e profissional e para a humanização do cuidar. Ou seja, um contributo para a melhoria global da qualidade, onde a avaliação da supervisão se deve constituir como ferramenta essencial. Também Winstanley e White (2003) argumentam que, na medida em que a implementação crescente da SCE obriga a um significativo consumo de recursos, é importante que se meça a efetividade da mesma.

Munson (2002) considera que a SC tem que ser avaliada, sendo da responsabilidade dos supervisores a solicitação de avaliação periódica da supervisão ministrada. O debate em torno da avaliação da supervisão clínica foi elevado por Butterworth, Bishop e Carson (1996 cit. por Pires, 2004), considerando que este processo é complexo e multifatorial e que qualquer sistema de avaliação efetivo tem que monitorizar todos os fatores, sob pena de ser influenciador dos resultados.

Atualmente, embora ainda não tenhamos amplamente implementados processos formais de SCE no nosso país, já temos ao dispor alguns instrumentos que nos permitem uma abrangente avaliação da supervisão, fundamentalmente resultantes da produção científica desenvolvida em percursos académicos.

A subcategoria seguinte diz respeito à “Formação”, referindo-se à formação sobre SCE a ministrar à equipa de enfermagem antes de iniciar o processo de implementação da supervisão no serviço, como aqui se verifica:

“(...) falar um bocado primeiro em conjunto para tentar que as pessoas criassem uma empatia e dizer-lhes o que de facto é a supervisão e o que é que se pode adquirir de bom dessa supervisão. (...) para já, pegar na equipa e fazer, se calhar, uma exposição sobre o que é a supervisão, o que se entende por supervisão, quais são os objetivos da supervisão, o que se pretende com a supervisão, ...como é que as pessoas devem ver o lado positivo, as vantagens da supervisão, quer para quem trabalha, quer para quem recebe os cuidados (...).” E002.

Na opinião de alguns dos participantes, é importante clarificar em primeira instância o conceito de SCE através da formação. Falsas concepções sobre a supervisão podem comprometer à partida todo o processo de implementação da mesma, como abordado anteriormente, pelo que se torna necessário desmistificar conceitos errados e consciencializar as pessoas das vantagens e ganhos que a SCE poderia trazer a cada enfermeiro, à equipa de enfermagem e à organização do serviço de Pediatria.

Cheater e Hale (2001) consideraram a transmissão de informação esclarecedora sobre SCE, uma ferramenta chave para ultrapassar preconceitos e motivar a adesão das equipas.

Como refere Pires (2004), o posicionamento paradigmático numa perspetiva de racionalidade crítica, conduziu, nas últimas décadas, ao questionamento e reformulação da missão atribuída às instituições e aos atores que protagonizam as políticas de saúde, ecologia onde *“a formação emerge (...) como um instrumento essencial, quer para fazer face a mutações que decorrem da própria inércia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas”* (Canário, 1997, p.119). Isto remete-nos para a relevância da formação no sentido de *“(...) assegurar o êxito de processos de mudança (...)”* (Canário, 1997, p.123), devendo, neste caso, equacionar-se o dispositivo de formação dos profissionais, face à implementação de uma política de SCE.

O grupo de participantes referiu ainda a “Reflexão” como componente a atentar no processo de implementação da SCE, uma vez que esta constitui a base dos processos supervisivos, como vimos anteriormente. São exemplo disso as expressões:

“(...) devia haver reuniões mais... menos espaçadas. Sem ser só para se ir de férias ou... mas para refletir sobre as práticas, isso era fundamental! E outra questão, eu acho que não só na equipa de enfermagem, mas também entre a equipa de enfermagem e a equipa médica. (...) eu sempre disse que seria muito benéfico para a equipa reuniões com... como existe noutros países da Europa, entre a equipa médica e a equipa de enfermagem.” E009, *“(...) começar por umas reuniões... começar a haver o hábito de... de nos juntarmos para ver o que é que está... (...) e não continuarmos com o hábito de nos juntarmos só quando há alguma coisa que está mal e é preciso falar.”* E002.

À semelhança da generalidade dos estudos na área da SCE, os enfermeiros revelam a necessidade de se criarem mais momentos específicos para a reflexão das práticas, e consequentemente providenciar o suporte necessário à prática clínica, num sistema de supervisão a implementar no futuro. Estão conscientes da importância da reflexão para a melhoria progressiva nos cuidados que prestam, o que corrobora as conclusões dos estudos de Pires (2004) e de Cross, Moore e Ockerby (2010) que valorizam a oportunidade dos enfermeiros poderem refletir sobre as práticas em reuniões organizadas exclusivamente para esse fim.

Por último, este grupo de participantes considera importante normalizar a SCE para que esta seja entendida por todos também como uma opção organizacional enquanto contributo para a qualidade institucional:

“A instituição implementar um... a instituição querer. Se a instituição, Centro Hospitalar, achar importante (...) haver um modelo de supervisão e perceber isso e o implementar, colocando como responsáveis nessa área pessoas que queiram trabalhar, as coisas acontecem!” E012, *“(...) era bom que fosse um sistema que estivesse estruturado (...) bem definido (...) acho que devia ser uma coisa que estivesse implementada (...) que as pessoas soubessem que... que era dessa forma (...)”* E003, *“(...) teria que ser uma estratégia formal da própria instituição. Porque se não for assim, as coisas não vão a lado nenhum.”* E012.

De acordo com estes participantes, o apoio da instituição hospitalar à implementação da SCE no serviço de Pediatria facilitaria todo o processo, na medida em que consciencializaria todos os enfermeiros para os seus benefícios. Ao ser estruturado um programa de SCE em conjunto com a instituição, a aceitação da SCE seria mais fácil e a motivação e participação dos enfermeiros seria mais efetiva. Carvalho (2012, p.91) refere que *“O sucesso da implementação de estruturas de SCE num determinado serviço de saúde, depende da criação de uma cultura local de supervisão clínica”*.

O estudo de Pires (2004) também aponta para importância da formalização de uma política supervisão por parte da organização, estruturada, específica e formativa, claramente definida no que respeita à sua forma e conteúdo, clarificando os contornos de todos os aspetos envolventes dos processos supervisivos, devendo este processo contar com o envolvimento dos enfermeiros, pois é um aspeto essencial à apropriação da mudança.

Estes resultados estão de acordo com os de Cheater e Hale (2001) que concluíram que o apoio e envolvimento das instituições nos processos de implementação da SCE contribuem para que os obstáculos a esta sejam mais facilmente superados.

3.5 SCE, Segurança e Qualidade dos Cuidados

Por último, apresentamos o domínio “SCE, Segurança e Qualidade dos Cuidados”, em que analisamos e discutimos os resultados da informação recolhida relativamente à segurança dos cuidados e prevenção do erro, à qualidade dos cuidados e aos contributos da SCE neste sentido.

Apresentamos o quadro 5 com as categorias e subcategorias que emergiram neste domínio.

Quadro 5: SCE, Segurança e Qualidade dos Cuidados

Categorias	Subcategorias
Estratégias para promoção da segurança dos cuidados e prevenção do erro	Reflexão sobre as práticas
	Normalizar as práticas
	Supervisão das práticas
	Cuidados com medicação
	Dotação enfermeiro/cliente
Estratégias para promoção da qualidade dos cuidados	Segurança e prevenção do erro
	Otimização de recursos
	Padrões de qualidade institucional
	Supervisão Clínica em Enfermagem

Neste domínio foi clara a importância atribuída à segurança dos cuidados e prevenção do erro clínico: *“Porque, acho que nos dias de hoje, em que tu... em que há sempre aquela constante atualização, em que tu lidas com tantos medicamentos diferentes, tantas técnicas diferentes, que sabes que pode*

acontecer tanta coisa (...).” E004, os cuidados seguros e eficazes “(...) são importantes para a segurança de quem presta os cuidados e para a segurança de quem os recebe, (...) se tu não tiveres uma prática clínica segura, podes colocar em risco, quer a tua própria saúde, qualidade de vida, vida e... da pessoa a quem tu prestas os cuidados.” E005.

A importância da segurança dos cuidados para os participantes está relacionada, principalmente, com o objeto do exercício profissional do enfermeiro, a pessoa/cliente. É o cliente, enquanto alvo dos cuidados, que confere a grande relevância ao desempenho de práticas seguras e eficazes, em que o erro seja prevenido em todas as vertentes, para reduzir ao máximo os riscos inerentes aos cuidados. Neste caso, numa profissão que está em constante atualização, os participantes focam a importância de procurar sempre a melhor evidência, no sentido de acompanharem a evolução científica para que se garanta sempre a máxima segurança do cliente.

A incidência de efeitos adversos é entendida pela OMS como um desafio para a qualidade dos cuidados, na medida em que causa importante sofrimento humano, que poderia ser evitável, contribuindo também para os elevados custos associados aos serviços de saúde (WHO, 2002; OE, 2006). Neste sentido, a segurança do cliente está presente numa diversidade de indicadores de saúde, relevando-se que um incremento importante do desempenho dos sistemas de saúde pode decorrer da prevenção de eventos adversos, em particular, e do desenvolvimento da segurança dos clientes e da qualidade dos cuidados em geral, matéria que tem vindo a ser consagrada, por exemplo, na documentação dos eventos adversos em contexto hospitalar, tais como quedas, erros de medicação ou cirurgias inadequadas, que aumentam a morbilidade e mesmo mortalidade dos clientes (WHO, 2002; ICN, 2006; OE, 2006).

Neste âmbito, a OMS entende ainda que garantir a segurança dos clientes e dos profissionais, melhorando assim a qualidade dos serviços, são objetivos prioritários para os sistemas de saúde (WHO, 2004). Os enfermeiros e todos os profissionais de saúde desempenham um papel importante na manutenção de um ambiente de saúde seguro e na prevenção de acontecimentos adversos à saúde do cliente, que possam ocorrer durante o internamento.

No desempenho desse papel, cabe aos enfermeiros aplicarem uma série de estratégias promotoras da segurança do cliente. Como subcategoria identificada

na categoria “Estratégias para promoção da segurança dos cuidados e prevenção do erro”, apresentamos a “Reflexão sobre as práticas”, presente no seguinte testemunho:

“(...) na nossa prática, o erro tem de ser evitado a todo o custo. E antes que tu te deixes chegar ao erro, já tens que refletir em tudo aquilo que te pode levar sequer à probabilidade de um erro acontecer. Por isso é que eu digo que é muito importante termos momentos de discussão na passagem de turno.” E004.

Mais uma vez, a reflexão está presente como estratégia promotora dos melhores cuidados e de cuidados mais seguros. As reflexões conjuntas nas passagens de turno permitem aos enfermeiros também esclarecer todas as dúvidas que tenham relativamente aos cuidados que irão prestar. É importante refletir sobre as práticas realizadas, ou seja sobre a ação passada, inclusivamente no sentido de desenvolver exercícios reflexivos sobre erros cometidos no decurso das práticas, bem como das suas consequências, pois esta reflexão permite-nos construir conhecimento e linhas de desenvolvimento humano e profissional, promotores da segurança de práticas futuras, diminuindo a ocorrência de erros (Schön, 1987; Sá-Chaves, 2000; Pires, 2004). É também essencial refletir previamente à ação, pois permite-nos identificar a possibilidade da ocorrência de erros face a experiências anteriores, de modo a controlar, na ação futura, a ocorrência dos mesmos (Schön, 1987; Sá-Chaves, 2000; Pires, 2004). A reflexão é sem dúvida uma estratégia que nos permite fazer a análise das práticas no sentido de identificar e analisar acontecimentos adversos e incidentes decorrentes das práticas, permitir a tomada de consciência dos mesmos, incorporando-se atitudes e comportamentos desejáveis e adequados no planeamento de práticas seguras, de forma a diminuir/eliminar o erro.

A opinião dos participantes corrobora os estudos desenvolvidos por diferentes autores, dos quais destacamos Schön (1987), Alarcão (1996), Sá-Chaves (1994; 1996; 2000), Pires (2004) e Soares (2004), cujos posicionamentos se enquadram numa abordagem reflexiva das práticas, em alternativa ao paradigma da racionalidade tecnicista e instrumental, encontrando nos contextos da prática espaços formativos por excelência, promotores do desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva e da intervenção criativa dos profissionais, de modo a encontrarem soluções para os problemas com que se confrontam, para os quais

“nem as teorias aplicadas nem as técnicas de decisão e os raciocínios aprendidos fornecem soluções lineares” (Schön, 1983 cit. por Alarcão, 1996, p.14).

Considerando-se a incidência de efeitos adversos nos contextos de saúde um dos grandes desafios para a qualidade dos cuidados, entendemos que a reflexão retrospectiva ou prospetiva sobre a prática constitui-se como uma estratégia privilegiada para a construção e reconstrução de saberes profissionais, atitudes e competências, que permitem tomar consciência do erro e tentar ultrapassá-lo de modo a alcançar um *saber fazer* que conduza a autonomia e desenvolvimento profissional, à qualidade e segurança dos cuidados (Sá-Chaves 2000; Pires, 2004). No seu estudo, Lobo (2008) concluiu que a reflexão sobre o erro é uma das componentes essenciais como medida de segurança dos cuidados a adotar pelos enfermeiros.

Entendendo-se que a reflexão e partilha de conhecimentos entre os membros da equipa contribui para a prevenção dos erros clínicos e promoção da segurança dos clientes e dos profissionais, consideramos que a supervisão deva constituir um instrumento através do qual seja disponibilizado acompanhamento das práticas, suporte pessoal e profissional na reflexão *sobre, na e para* a ação (Holloway, 1995; Bond & Holland, 1998; Van Ooijen, 2000; Cutcliffe, 2001; Pires, 2004).

Os participantes referiram também o facto de “Normalizar as práticas” como estratégia para manter a segurança dos cuidados, como se apresenta nos excertos seguintes:

“(...) tentar uniformizar um bocadinho aquilo que tu fazes, as práticas. Porque, senão, o erro acontece, é quase impossível não acontecer.” E004,
“(...) haver protocolos para tudo, acho que sim, que nós temos de ter um protocolo, ninguém pode agir de forma diferente dos outros, tem de haver um protocolo a nível da instituição e de tudo, atuação terapêutica, de tudo o que envolve a atuação de enfermagem e toda a gente fazer da mesma maneira (...).” E010.

Segundo a OE (2006), um dos meios para garantir a segurança dos cuidados, partilhados em equipa, compreende a criação de Protocolos de Unidade, cabendo aos enfermeiros participar na tomada de decisão na elaboração e execução dos protocolos, entendidos como prescrição diferida no tempo, competindo ao

enfermeiro ajuizar da sua aplicação em cada caso concreto.

A normalização de procedimentos e protocolos garante uma atuação global dos profissionais, baseada na evidência científica, levando à minimização da ocorrência do erro clínico, daí que algumas das estratégias dos programas de melhoria da qualidade passem por promover a normalização de ações e procedimentos, no sentido de assegurar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem (Pires, 2004). Também o estudo de Landeiro (2005) aponta como sugestões para a redução de erros a existência de protocolos / padronização de procedimentos e práticas, como medidas de segurança.

Os enfermeiros consideraram ainda que a “Supervisão das práticas” previne o erro e garante a segurança do doente. Através desta estratégia, as práticas são sempre validadas por duas pessoas e discutidas se necessário, para chegar à melhor solução para cada cliente. Nesta vertente, é ainda referida a importância de manter equipas de turno equilibradas em termos de experiência profissional.

“(...) não estar sozinha a fazer um procedimento, às vezes o pedido de ajuda quando tens alguma dúvida, não é? Quando estás a fazer algum procedimento e tens alguma dúvida (...).” E003, “(...) ter sempre alguém mais velho... com mais experiência (...). Porque se tens alguém que já está há três anos a trabalhar com crianças... a experiência também tem muita importância.” E004.

Segundo Benner (2001), a falta de experiência, de contactos com situações reais que acrescentem *nuances* ou diferenças subtis à teoria, estão no centro das dificuldades dos profissionais de enfermagem na passagem nos diferentes níveis de proficiência, de iniciado a perito. Por sua vez, no estudo de Pires (2004), os participantes entendem que os supervisados, enquanto sujeitos ativos e responsáveis pela sua formação, vão adquirindo autonomia para agir e responder aos desafios e exigências da profissão, com base no acompanhamento clínico adequado às suas necessidades individuais, pelo que consideram a presença do supervisor fundamental à identificação das dificuldades dos supervisados e ao apoio disponibilizado no decurso das práticas. A supervisão clínica apresenta-se, assim, como meio pelo qual os enfermeiros podem explorar e sustentar o seu desenvolvimento, bem como as suas práticas profissionais (UKCC, 1996 cit. por Pires, 2004).

O processo de aquisição de competências exige que seja proporcionada

uma supervisão que ajude os profissionais a refletirem sobre a prática, a compreenderem os fenómenos, a relacionarem o “novo” com o “adquirido” e transferirem os conhecimentos para novas situações, fazendo as adaptações necessárias (Pinto, 2000; Benner, 2001; Pires, 2004).

No estudo de Pires (2004) conclui ainda que o acompanhamento clínico é importante na medida em que permite assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados. Por sua vez, Abreu (2002, p.54) considera que a supervisão é *“simultaneamente uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos profissionais e promover a segurança dos utentes”*.

Os “Cuidados com a medicação” foram também mencionados por vários dos participantes deste estudo, como estratégia para prevenir o erro clínico. Nesta subcategoria, estão englobados os cuidados com o armazenamento, preparação, manipulação, identificação, administração e rejeição dos fármacos.

“O facto de... o armazenamento da medicação, mas acho que nós cumprimos (...) as coisas estão devidamente separadas. (...) pôr as coisas separadas, a medicação oral toda preparada num lado, a medicação endovenosa preparada no outro; a identificação das coisas (...) a identificação de tudo o que se prepara; tudo o que é manipulado, tem-se o cuidado de rejeitar. Na preparação de medicação (...) leva a menos erros (...) aquisição de materiais específicos para haver maior segurança em termos de determinados procedimentos, como a preparação de medicação, e falou-se naquilo das seringas diferentes (...) era uma estratégia que o serviço estava a implementar para uma maior segurança (...).” E002.

Alguns dos aspetos referidos pelos nossos participantes são identificados no estudo de Lobo (2008) como fatores ambientais que estão inerentes à ocorrência do erro, concluindo da importância do respeito dos enfermeiros pelas regras aprendidas e da localização da terapêutica no *stock*, como elementos fundamentais na prevenção do erro e na segurança dos cuidados.

Por último, a “Dotação enfermeiro/cliente” foi também referida por alguns dos enfermeiros como um dos fatores condicionantes da promoção da segurança dos cuidados e prevenção do erro:

“Nós temos que ter elementos suficientes por turno para que consigamos desenvolver e que não hajam falhas! Para minimizar os tais riscos, é ter

elementos suficientes para trabalhar...” E006, “ (...) fazer um rácio adequado enfermeiro/doente, uma distribuição equitativa do trabalho... doentes mais complicados, ficarem com menos número de doentes por enfermeiro que o que está previsto...” E007.

De acordo com o ICN (2007), a dotação vai para além do número de profissionais necessários para prestar cuidados a um determinado conjunto de clientes. Prende-se também com outros fatores: a carga laboral, o ambiente de trabalho, a eficiência e efetividade em termos de custos, a complexidade dos clientes, o nível de aptidões dos enfermeiros e a combinação das dotações na Enfermagem. Segundo este organismo, *“as dotações seguras estão relacionadas com questões de responsabilização, segurança do pessoal e segurança dos doentes”* (ICN, 2007, p.21).

Vários foram os estudos que confirmaram que uma dotação segura enfermeiro/cliente reduz consideravelmente a ocorrência de efeitos adversos para os clientes e profissionais, ao mesmo tempo que aumenta a satisfação dos primeiros em relação aos cuidados prestados (ICN, 2006).

A sobrecarga de trabalho associada ao rácio inadequado enfermeiro/cliente, à sobrecarga de tarefas, aos problemas para resolver no serviço e à falta de protocolos que normalizem os procedimentos, foram identificados no estudo de Lobo (2008) como fatores relacionados com a ocorrência de erros. O mesmo estudo conclui que a criação de um ambiente tranquilo e adequadas condições físicas no serviço, nomeadamente o rácio correto na distribuição do trabalho dos enfermeiros, podem constituir-se como elementos promotores de segurança, contribuindo para a prevenção do erro. Por sua vez, o estudo de Landeiro (2005) aponta que uma das medidas para a redução de erros está centrada nas alterações dirigidas ao sistema e respetiva organização, ou seja, à gestão organizacional, passando pela reestruturação do quadro de pessoal, ajuste na dotação de pessoal e gestão dos horários de trabalho.

Segundo a OE (2006), existe uma evidência crescente de que o número inadequado de profissionais está frequentemente relacionado com eventos adversos como ocorrência de quedas, úlceras de pressão, erros de terapêutica, infeções nosocomiais e reinternamentos. A questão das dotações está frequentemente relacionada com os recursos financeiros disponíveis nas instituições, o que nem sempre corresponde às necessidades de trabalho dos

enfermeiros e necessidades de cuidados dos clientes, dificultando a gestão dos recursos (ICN, 2007).

Na bibliografia é valorizado o papel dos enfermeiros na segurança dos clientes, pelo que é esperado destes que adotem uma postura de prevenção na gestão dos riscos potenciais. Tendo em conta que a segurança está intimamente relacionada com a qualidade dos cuidados, ou seja, para que os cuidados sejam de qualidade é essencial assegurar a segurança, apresentamos as subcategorias que emergiram da categoria “Estratégias para promoção da qualidade dos cuidados”.

Neste domínio, encontramos a subcategoria “Segurança e prevenção do erro”. Como referido anteriormente, esta é uma componente inequívoca para alcançar a qualidade dos cuidados e que foi também referida pelo grupo de participantes neste estudo:

“É assim: fazendo com que se reduza o erro clínico assegura-se a qualidade dos cuidados (...).” E001, “(...) se houver segurança nos cuidados, há qualidade. (...) seguir as normas e procedimentos existentes porque já são feitos com essas atribuições da qualidade e se seguirmos o mesmo procedimento estamos com certeza (...) a assegurar a qualidade dos cuidados.” E007.

Através da implementação de estratégias que atuem na prevenção e controlo dos riscos potenciais para o cliente, e consequentemente na garantia de um ambiente e cuidados seguros, os enfermeiros contribuem ativamente para a implementação de uma cultura de qualidade nos serviços. Como já referido anteriormente, a normalização e cumprimento de procedimentos protocolados pela instituição garantem uma maior segurança para o cliente, dependendo da qualidade do desempenho profissional dos enfermeiros a responsabilidade em cumprir estas normas de atuação das práticas (OE, 2006).

Segundo o ICN (2007), o desempenho dos profissionais depende muito do seu nível de motivação para procurarem a excelência dos cuidados que prestam. Neste contexto, torna-se evidente o papel preponderante da SCE na estimulação e motivação dos profissionais a melhorarem as suas práticas, o seu desempenho, e garantirem formas de atuar preventivamente e efetivamente na segurança dos clientes. A implementação de uma política contínua de supervisão, promotora do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, interfere na qualidade do exercício profissional de enfermagem, inclusivamente na satisfação individual e,

consequentemente, na qualidade dos cuidados prestados (Pires, 2004).

Neste estudo, emergiu também a subcategoria “Otimização de recursos” como forma de garantir a qualidade dos cuidados, expressa no seguinte discurso:

“ (...) Porque muitas vezes cuidamos com poucos recursos, ou pelo menos já tivemos mais recursos humanos, mais recursos financeiros, e estamos cada vez mais restritos. Por isso, se nós temos cada vez pessoas mais exigentes e com mais necessidades a todos os níveis, educacionais, financeiras, de cuidados que cada vez os doente são mais complexos a esse nível, e temos menos recursos, temos que rentabilizar aquilo que temos e para isso tem que se ser eficaz. E rentabilizar o que temos, que sei que é pouco, num máximo de rendimento de tempo tem que ser com qualidade e de forma eficaz, para conseguirmos prestar cuidados com o mínimo de qualidade (...), neste momento eu acho que é muito difícil ter qualidade máxima com as condições que nos dão para trabalhar.” E012.

Na atualidade, a otimização de recursos humanos, financeiros ou materiais, impõem-se como estratégia a implementar nos contextos de saúde. Tendo em conta o panorama socioeconómico atual, os recursos disponíveis para cuidar o cliente são cada vez menos, ao mesmo tempo que as necessidades de cuidados aumentam devido ao aumento da esperança média de vida e/ou a menores recursos económicos para os cidadãos em geral, que muitas vezes acabam por desistir do regime terapêutico instituído por falta de condições financeiras.

Assim, os enfermeiros esforçam-se por prestar os melhores cuidados com menos recursos, tentando garantir sempre a qualidade nos cuidados prestados. Procuram ser eficientes e eficazes. Segundo Pereira (2009), a eficiência diz respeito à capacidade de maximizar os resultados em saúde pela utilização de menos recursos, nomeadamente económicos. No entanto, salienta a importância de não reduzir a eficiência em saúde apenas a uma componente financeira, mas sim estendê-la a todo um conjunto de aspetos relacionados com os custos em saúde para os clientes, no que concerne ao julgamento dos profissionais na adequação de procedimentos terapêuticos com o objetivo de diminuir os desperdícios materiais, rentabilizar justamente os recursos humanos e aumentar a capacidade de resposta dos serviços de saúde.

A otimização dos recursos é uma estratégia centrada na gestão organizacional, dirigida ao sistema e respetiva organização, apontada no estudo

de Landeiro (2005) como promotora da redução de incidência de efeitos adversos, mais especificamente do erro, logo compreende-se que esta seja uma estratégia promotora da qualidade dos cuidados.

Foi possível reconhecer nos dados recolhidos, a consciência dos participantes relativamente à rentabilização de recursos na promoção da qualidade. Foi também identificada a subcategoria “Padrões de qualidade institucional”, que se reflete nas afirmações abaixo:

“Acho que nós nos mantínhamos sempre... a par daquilo que era preconizado... pelas comissões (...) Não só de infeção, de risco, as quedas (...) sempre muito atentas à... mesmo aquelas cartas da qualidade, bem sabes que imensos documentos eram revistos (...) para a qualidade dos cuidados, geralmente, todos nós estávamos a par desses procedimentos (...).” E004, “Para assegurar a qualidade (...) temos as colegas que estão no grupo do risco, e no grupo da qualidade (...) acho que essas pessoas vão ter um papel muito importante na dinamização dessas duas áreas, da implementação de programas de qualidade e da monitorização da qualidade (...) Mesmo por implementar e fazer com que as pessoas tenham uma cultura de qualidade e que queiram prestar (...) cuidados com um nível máximo de qualidade.” E012.

No discurso destes participantes está patente o papel da instituição, neste caso hospitalar, na manutenção da qualidade. Os enfermeiros reconhecem o esforço institucional em garantir documentos e organismos que sirvam de suporte aos profissionais de saúde e restantes colaboradores, na cultura de uma política de qualidade institucional. A existência de Comissões de Infeção, de Risco, de Queda, de Qualidade, etc., fornece aos profissionais diretrizes para que cada um exerça um papel ativo e fundamental na subsistência diária da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Também o estudo de Pires (2004) aponta para a importância de desenvolver nas organizações uma filosofia de qualidade, promotora da melhoria global da qualidade organizacional, considerando que a implementação de políticas de SCE pode ter um papel fulcral neste domínio.

Por último, apresentamos a categoria “Supervisão Clínica em Enfermagem” muito referida pelos participantes como um contributo que seria valioso para a qualidade dos cuidados prestados e para uma filosofia global da qualidade

institucional. Reflete-se nos seguintes excertos recolhidos:

“Para a qualidade? [Contributos da SCE]... Uma evolução contínua, no fundo. (...) vamos melhorar as equipas, automaticamente vamos ter melhores cuidados, vamos ter melhores serviços e melhor satisfação de todos os lados. Quando nós estamos satisfeitos os nossos clientes também estão de certeza absoluta.” E007, “Pode ser [a SCE]... o motor para diagnóstico e para o reconhecimento de algumas situações que não estejam tão bem e de outras que sejam positivas e que sejam bons cuidados prestados, para que se possa também depois continuar com esse tipo de cuidados. Acho que pode ser a atividade diagnóstica do exercício profissional.”; “(...) a supervisão clínica é a base de tudo isso. E isso traduz-se na qualidade da instituição, é lógico!” E012.

Os participantes reconhecem como objetivo da qualidade a prestação de cuidados de excelência e reconhecem que a SCE, ao contribuir para a melhoria contínua das práticas, seria uma mais-valia para os processos de acreditação e de promoção da qualidade. Também no estudo de Pires (2004) os enfermeiros entendem que a implementação de uma política de SCE possa constituir um contributo para a melhoria de qualidade em vários ângulos, inclusivamente na satisfação e qualidade de vida dos profissionais, o que terá reflexo na humanização do cuidar, o que, só por si, constitui um dos maiores desafios da sociedade atual no domínio da qualidade dos cuidados. No referido estudo os enfermeiros mencionam ainda que *“As pessoas estando melhor orientadas, mais felizes e bem consigo mesmas, prestam melhores cuidados”*, e neste aspeto a SCE pode ter um papel fulcral, contribuindo indiscutivelmente para a qualidade do exercício profissional de enfermagem no geral, e para a qualidade dos cuidados em particular (Pires, 2004, p.170)

Contextualizamos a SC no âmbito das organizações e clarificamos de que forma a SCE representa um fator preponderante na acreditação a nível da qualidade das instituições de saúde. *“A acreditação corresponde ao reconhecimento público de um determinado nível de qualidade de organização e de práticas assistenciais”* (Abreu, 2007, p.16). Assim sendo, a presença de supervisores clínicos, nomeadamente no âmbito da profissão de enfermagem, revelar-se-á fulcral para a certificação da qualidade da formação dos profissionais e consequentemente das instituições.

O conceito de SCE surge associado à constante inquietação pela procura da melhoria dos processos de cuidados, tendo como foco *“a preocupação com a qualidade das práticas, a segurança dos cuidados, a implicação pessoal e a integridade do eu, bem como a referência à atitude reflexiva como pilar estruturante do processo de desenvolvimento pessoal e profissional”* (Abreu, 2007, p.17).

CONCLUSÃO

A realização deste estudo revelou uma indiscutível necessidade de implementar práticas supervisivas em qualquer contexto em que se pratique Enfermagem, com o objetivo último de assegurar a satisfação dos clientes, assim como dos enfermeiros.

Embora não seja pretensão dos estudos qualitativos generalizar os resultados obtidos, apresentamos os pontos mais relevantes como subsídios para a realização de novos estudos neste mesmo âmbito.

A partir dos depoimentos recolhidos, foi possível verificar que os participantes consideram a SCE uma ferramenta fundamental para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Apesar da escassa formação e informação sobre a SCE da maioria dos participantes, foi interessante verificar que possuem a clara noção de que esta potencia a reflexão sobre as práticas, traduzindo-se em mais segurança e melhores cuidados para os clientes. O caráter formativo da SCE e o seu papel preponderante no desenvolvimento de competências dos enfermeiros é também claro para os participantes do estudo.

Por outro lado, reconhecem a necessidade de imprimir formalidade no processo de supervisão, que deve incluir objetivos e metas a atingir definidos previamente, assim como *timings* para alcançar esses mesmos fins, sendo a avaliação e monitorização contínuas de todo o processo supervisivo igualmente importante. A comunicação permanente, clara e inequívoca entre os dois intervenientes, numa constante partilha reflexiva sobre os cuidados de enfermagem prestados, é fundamental para que os resultados do processo supervisivo sejam positivos para o supervisionado, o supervisor e, em última instância e o mais importante, para o cliente alvo desses cuidados que se querem de qualidade máxima.

Os enfermeiros participantes salientaram ainda a importância da SCE e da sua vertente de apoio e suporte nos serviços de Pediatria, pela forte componente emocional destes serviços, onde os intervenientes nos cuidados à criança e adolescente, enfermeiros e pais / família, trabalham em parceria no sentido de prestar os melhores, mais humanizados e individualizados cuidados de enfermagem à criança / adolescente.

Consideraram, no entanto, que existem barreiras significativas à implementação de programas de SCE no serviço, evidenciando-se a falta de recursos e a existência de concepções erróneas sobre este conceito por parte de muitos profissionais, que conduzem à possível não-aceitação da supervisão. Referiram que a formação sobre este tema seria determinante para que todos os enfermeiros, compreendendo os seus objetivos e vantagens, participassem ativamente na implementação da SCE. De facto, a implementação de políticas supervisivas nos serviços de saúde exige uma formação contínua, dotando os profissionais de competências específicas, também, na área da supervisão.

Podemos afirmar que existem ainda muitas ambiguidades relativas ao conceito de SCE, que se traduzem em perceções dúbias dos enfermeiros. É um conceito que, pelo seu aparecimento relativamente recente na Enfermagem, suscita da parte dos enfermeiros a carência emergente de formação nesta área que lhes permita compreender os contributos da mesma para a excelência da profissão.

De resto, pudemos atestar junto dos enfermeiros entrevistados que, no geral, a SCE é percebida como algo positivo para os profissionais e, consequentemente, para os cuidados que prestam e para o cliente. Independentemente de possuírem, ou não, formação em SCE, nenhum dos entrevistados atribuiu um carácter negativo à SCE, porém consideram que muitos enfermeiros ainda olham para a SCE como algo que tem apenas a função de “policiamento” e um carácter até punitivo. Não obstante as dúvidas sobre o que é a SCE, confusão ou até desconhecimento, os participantes encaram este conceito emergente como positivo.

Reconhecem ainda o carácter determinante no estabelecimento de uma relação supervisiva saudável e propícia à evolução do supervisionado. A confiança, abertura, motivação, empatia e imparcialidade são fatores fundamentais para uma relação salutar entre supervisor e supervisionado, de acordo com os

participantes.

Enalteceram o papel do supervisor na motivação que deve incutir no supervisionado para que este desenvolva as suas competências, promovendo sempre a reflexão sobre as práticas num ambiente favorável à aprendizagem, respeitando a individualidade do supervisionado e a sua evolução, e promovendo gradualmente a autonomia deste.

A promoção da reflexão e do pensamento crítico assume uma importância ímpar na adequação das intervenções de enfermagem a cada necessidade de cuidados identificada. É este exercício que permite aos enfermeiros fazerem uma atividade diagnóstica ajustada a cada cliente e situação de saúde, assim como apropriar os conhecimentos teóricos relevantes para responder com intervenções que se traduzam em ganhos em saúde.

Para executar esta e as outras funções mencionadas, o supervisor deve possuir determinadas características. Foram várias as características referidas, pelos participantes, como essenciais num bom supervisor; desde competências técnicas a características pessoais, até à formação que este deve possuir. As características mencionadas foram consonantes com a evidência disponível sobre esta temática. Relativamente à formação do supervisor, as opiniões variaram entre o ter formação em supervisão, o ter especialidade em determinada área e o não ser necessária qualquer formação específica. No entanto, sabe-se que é fundamental a formação em SCE, sendo a única que provê, realmente, o supervisor de ferramentas singulares que o tornam um elemento catalisador do desenvolvimento do supervisionado.

Independentemente das estratégias de supervisão utilizadas pelos e/ou para com os participantes neste serviço, foi igualmente interessante verificar que alguns destes aludiram à importância de adequar essas mesmas estratégias às características de cada supervisionado. De outro modo, o desenvolvimento deste será limitado pela aplicação cega de estratégias desadequadas às suas necessidades particulares de crescimento profissional. Esta é de resto uma capacidade apreendida pelo supervisor através de formação específica, que lhe confere a mestria necessária à adequação e utilização das estratégias de SC.

Apesar da motivação e necessidade manifestadas pelos participantes deste estudo, de introduzir políticas de SCE no serviço em análise, a existência de condicionantes relacionadas com os recursos disponíveis e a organização do

serviço, obrigariam a um esforço e envolvimento de todos os intervenientes, inclusive e principalmente da instituição. A normalização da SCE como estratégia institucional seria uma das chaves para o sucesso da implementação de práticas supervisivas. Em última análise, o investimento na SCE traria à instituição ganhos consideráveis, na medida em que, como verificado, a supervisão influencia largamente a qualidade dos cuidados prestados, logo, a satisfação e reconhecimento do cliente para com a instituição em geral.

A otimização dos recursos não se revela fácil nos dias de hoje, em que toda a conjuntura política e socioeconómica traz tantos constrangimentos à inovação e empreendedorismo nos serviços de saúde. Contudo, a médio-longo prazo, acreditamos que o investimento inicial com a implementação de um programa de SCE nos serviços levaria à menor incidência do erro clínico, aumentando a segurança do cliente e diminuiria o tempo de internamento, pela prestação de cuidados cada vez mais eficientes, eficazes e de maior qualidade.

Como todos os estudos, este apresenta as suas limitações, nomeadamente no que respeita ao contexto em que foi realizado. Trata-se de um ambiente que tem sofrido inúmeras reestruturações, o que se traduz numa atmosfera pouco estável, com experiências muito diferentes entre os participantes. A recente reorganização do serviço e da instituição limitou os testemunhos relativamente à SCE em uso: cada um se referiu às suas experiências anteriores, uma vez que a realidade atual é, ainda, de adaptação à mudança. No entanto, consideramos que o estudo compreende importantes subsídios à realização de nova investigação na área da SCE e, particularmente, em Pediatria, onde a especificidade do cliente requiere dos enfermeiros competências especiais, que lhes permitam responder com qualidade aos cuidados exigidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. - Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*. Vol.11, nº45 (2002), p.53-57.
- ABREU, W. - *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Cadernos Sinais Vitais, 2003.
- ABREU, W. - *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ALARCÃO, I. - Reflexão crítica sobre o pensamento de Donald Schön e os programas de formação de professores. *In Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora, 1996.
- ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Ed. [revista e desenvolvida]. Coimbra: Almedina, 2007.
- AMADO, J. S. - A Técnica de Análise de Conteúdo. *Revista Referência*. nº5 (nov./2000), p.53-62.
- BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BARRIBALL, L.; WHITE, A.; MÜNCH, U. - An audit of clinical supervision in primary care. *British Journal of Community*. Vol.9, nº9 (2004), p.389-397.
- BENNER, P. - *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- BISHOP, V. - Clinical Supervision: what's going on? Results of a questionnaire. *Nursing Times*. nº94 (1998), p.50-53.

- BOAVIDA, J.; AMADO, J. - *Ciências da Educação: Epistemologia, Identidade e Perspectivas*. 2ª Ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora, 1994.
- BOND, M.; HOLLAND, S. - *Skills of Clinical Supervision for Nurses*. Buckingham: Open University Press, 1998.
- BRUNERO, S.; STEIN-PARBURY, J. - The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol.25, nº3 (2008), p.86-94.
- BURNS, N.; GROVE, S. K. - *Understanding Nursing Research: Building an evidence-based practice*. 5th Ed. Texas: Elsevier Saunders, 2010.
- CAMPOS, C.; TURATO, E. - Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas [Em Linha]. *Rev Latino-am Enfermagem*. Vol.17, nº2 (mar.-abr./2009). [Consult. 11 set. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19.pdf>.
- CANÁRIO, R. - Formação e mudança no campo da saúde. *In Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997. p.117-146.
- CARNEIRO, S. G. - As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de Pediatria. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Dissertação de Mestrado.
- CARVALHAL, R. - *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência, 2002.
- CARVALHO, J. M. - Supervisão Clínica em Enfermagem: uma análise exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado.
- CASEY, A. - Development and use of the partnership model of nursing care. *In: GLASPER, E.; TUCKER, A. - Advances in child health nursing*. Middtesex: Scutari Press, 1993.

- CENTRO HOSPITALAR DO PORTO (CHP) - História [Em linha]. [S.l.]: CHP, [s.d.a]. [Consult. 11 out. 2012]. Disponível na Internet WWW:<URL:http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A0C>.
- CENTRO HOSPITALAR DO PORTO (CHP)– Política da Qualidade [Em linha]. [S.l.]: CHP, [s.d.b]. [Consult. 11 out. 2012]. Disponível na Internet WWW:<URL:http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A0H>.
- CHEATER, F.; HALE, C. - An evaluation of a local clinical supervision scheme for practice nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.10 (2001), p.119-131.
- CROSS, W.; MOORE, A.; OCKERBY, S. - Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital. *Contemporary Nurse*. Vol.35, nº2 (2010), p.245-253.
- CRUZ, S. - A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Servir*. Vol.56, nº5 (nov.-dez./2008), p.200-206.
- CRUZ, S.; CARVALHO, L.; SOUSA, P. - Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. nº 69 (2012), p. 864-873.
- CUNHA, A. P. - Supervisão das práticas clínicas: o caso particular da utilização dos sistemas de informação em enfermagem. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. Dissertação de Mestrado.
- CUTCLIFFE, J. R. - An alternative training approach in clinical supervision. In *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions, 2001. p.47-62.
- CUTCLIFFE, J. R. - From the guest editor -clinical supervision: A search for homogeneity or heterogeneity? *Issues in Mental Health Nursing*. Vol.26 (2005), p.471-473.
- DELGADO, J. - Sensibilização para a importância da qualidade no mercado actual. Jornadas “Um dia pela Qualidade”. *Millenium*. nº8 (1997).
- DESPACHO nº 14223/2009. D.R. II Série. N.º 120 (09-06-29), p.24667-24669.

- FARIAS, M. C. - *Contributos do benchmarking para a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006. Dissertação de Mestrado.
- FAUGIER, J. - The supervisors relationship. *In Clinical supervision in mentorship and nursing*. London: Chapman and Hall, 1992.
- FERREIRA, M.; COSTA, M. G. - Cuidar em Parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Revista Millenium*. nº30 (out./2004), p.51-58.
- FONSECA, M. - *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2006.
- FORTIN, M. F. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FRAGATA, J.; MARTINS, L. - *O Erro em Medicina. Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. 1ª Ed. Coimbra: Almedina, 2004.
- GARRIDO, A. - *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.
- GARRIDO, A.; SIMÕES, J.; PIRES, R. - *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.
- GRAY, W. - Clinical governance: combining clinical and management supervision. *Nursing Management*. Vol.8, nº6 (2001), p.14-22.
- HAWKINS, P.; SHOHET, R. - *Supervision in the Helping Professions*. Milton Keynes: Open University Press, 1989.
- HERON, J. - *Helping the Client: A Creative Practical Guide*. London, Sage, 1990.
- HOLLOWAY, E. - *Clinical Supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications, 1995.
- HOWATSON-JONES, I. - Difficulties in clinical supervision and lifelong learning. *Nursing Standard*. Vol.17, nº37 (2003), p.37-41.

- HYRKÄS, K. - *Clinical Supervision and Quality Care*. Finlândia: University of Tampere, 2002. Dissertação de Mestrado.
- HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; HAATAJA, R. - Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Nursing and Healthcare Management and Policy*. Journal Compilation (2006), p.521-536.
- HYRKÄS, K.; LEHTI, K. - Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *Journal of Nursing Management*. Vol.11 (2003), p.177-188.
- HYRKÄS, K.; PAUNONEN-ILMONEN, M. - The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Nursing and Health Care Management*. Vol.33, nº4 (2001), p.492-502.
- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (IQS) - *Programa Nacional de Acreditação de Hospitais*. Lisboa: Qualidade em saúde, 6 (2002), p. 14-16.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Condições favoráveis à prática - Condições de trabalho = Cuidados de qualidade*. 2007.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Dotações seguras, salvam vidas*. 2006.
- JOHNS C. - Depending on the intent and emphasis of the supervisor, clinical supervision can be a different experience. *Journal of Nursing Management*. nº9 (2001), p.139-145.
- KOCH, C. [et al.] - Avaliar para melhorar a formação em supervisão clínica em enfermagem. In *Saúde e qualidade de vida: estado da arte*. Porto: ESEP, 2009.
- KOIVU, A.; SAARINEN, P.; HYRKÄS, K. - Stress relief or practice development: varied reasons for attending clinical supervision. *Journal of Nursing Management*. Vol.19 (2011), p.644-654.
- LAITINEN-VÄÄNÄNEN, S.; TALVITIE, U.; LUUKKA, M.R. - Clinical supervision as an interaction between the clinical educator and the student. *Physiotherapy Theory and Practice*. Vol.23, nº2 (2007), p.95-103.

- LANDEIRO, M. J. - *Erros de Medicação: o problema de transcrição das prescrições médicas num sistema de informação em suporte de papel*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2005. Dissertação de Mestrado.
- LE BOTERF, G. - *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Éditions d'Organisation, 1995.
- LOBO, A. - *O Erro na Administração de Medicação: Causas e Factores*. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Dissertação de Mestrado.
- LYTH, G. M. - Clinical supervision: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.31, nº3 (2000), p. 722-729.
- LUZ, G. S. [et al.] - Potentialities and deficiencies of qualitative research concerning families. *Invest Educ Enferm*. Vol.30, nº3 (2012), p.346-352.
- MACEDO, A. P. - *A supervisão de estágios em enfermagem e a articulação interorganizacional escola de enfermagem e hospital*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2009. Dissertação de Doutoramento.
- MACEDO, A. P. - *Supervisão em enfermagem: construir as interfaces entre a escola e o hospital*. Santo Tirso: De Facto Editores, 2012.
- MANO, M.J. - Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*. Vol.8 (Mai. 2002), p.53-61.
- MARTINEZ, E.; SOUZA, S.; TOCANTINS, F. - As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. *Invest Educ Enferm*. Vol.30, nº1 (2012), p.101-107.
- MARTINS, H. - Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa, São Paulo* [Em Linha]. Vol.30, nº 2 (mai/ ago. 2004), p.289-300. [Consult. 11 set. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf>>.
- MEZOMO, J. C. - *Gestão da qualidade na saúde - princípios básicos*. São Paulo: Manole, 2001.

- MILLS J.E.; FRANCIS K.L.; BONNER A. - Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*. [Em linha]. (2005). [Consult. 11 set. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_410.pdf.
- MYALL, M. [et al.] - Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.17, nº14 (2008), p.1834-1842.
- MUNSON, C. - *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. 3rd Edition. Binghamton: The Haworth Press, 2002.
- NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) - Clinical Supervision Policy for Health Professional. London: NHS, 2008.
- NICKLIN, P. - A practice-centred model of clinical supervision. *Nursing Times*. Vol.93, nº46 (1997), p.46-52.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual; enunciados descritivos*. 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Tomada de Posição Sobre Segurança do Cliente*. 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional - Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE)*. 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional - Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. 2011.
- ORGA, S. - Supervision: the process of life-long learning in social and educational professions. *Journal of Interprofessional Care* 2 (2004). p.265-276.

- PEREIRA, F. - *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Dissertação de Doutoramento.
- PINTO, C. - Colaborar com a escola: opiniões dos enfermeiros orientadores de alunos em ensino clínico. In MESTRINHO, M. G. [et al.] - *Formação em Enfermagem: Docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000. p.89-125.
- PINTO, E. - A pesquisa qualitativa em psicologia clínica [Em Linha]. *Psicologia USP*. Vol.15, nº1/2 (2004), p.71-80. [Consult. 20 set. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n1-2/a12v1512.pdf> >.
- PIRES, R. - *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.
- PIRES, R. M. [et al.] - Supervisão clínica de alunos de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. nº54 (2004), p.15-17.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (MS). Alto comissariado para a saúde - PNS 2011-2016: *A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Lisboa: Ministério da Saúde. 2010.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (MS). Alto comissariado para a saúde — PNS 2011-2016: *Estratégias para a Saúde - Eixos Estratégicos - Qualidade em Saúde (Versão Discussão)*. Lisboa: Ministério da Saúde. 2011.
- PROCTOR, B. - Supervision: a co-operative exercise in accountability. In MARKEN, M.; PAYNE, M. (org.) - *Enabling and ensuring, National Youth Bureau and Council for Education and training in Youth and Community Work*. Leicester, 1986.
- PROCTOR, B. - Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions, 2006. p.25-46.

- RAMOS, M. F. - A Perceção como Estratégia de Formação em Estágio de Enfermagem Pediátrica. *Pensar Enfermagem*. Vol.1, nº7 (2003), p.3-12.
- RIBEIRO, J. L. - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª Edição. Legis Editora: Porto, 2010.
- RICHARDS, J. - The risky business of supervision, 2: gaining skills and knowledge. *British Journal of Midwifery*. Vol.19, nº7 (jul./2011), p.449-453.
- RODRIGUES, S. - *Supervisão em enfermagem neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Mestrado.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN) - *Clinical supervision in the workplace - guidance for occupational health nurses* [Em linha]. London: RCN, 2003. [Consult. 29 dez. 2012]. Disponível em WWW: <URL:http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/78523/001549.pdf>.
- SÁ-CHAVES, I. - A construção de conhecimento pela análise reflexiva da praxis. Aveiro: Universidade de Aveiro, 1994. Dissertação de Doutoramento.
- SÁ-CHAVES, I. - *Percursos de Formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora, 1996.
- SÁ-CHAVES, I. - *Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Edições CIDInE, 2000.
- SALE, D. - *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde - para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Editora Principia, 2000.
- SANTIAGO, A.; CUNHA, J. - Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. *Revista Saúde e Pesquisa*. Vol.4, nº3 (set./dez., 2011), p.443-448.

- SARDO D. [et al.] - *Conditioning Factors in Nursing Students Clinical Supervision. Conference Book: Recent Research Developments in Learning Techonologies*. Badajoz: Formatex, 2005. p. 402-405.
- SCHÖN, D. - *Educating the reflective practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the professions*. San Francisco: Jossey Bass, 1987.
- SERRANO, M. T.; COSTA, A.; COSTA, N. - Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº3 (mar./2011), p.15-23.
- SILVA, R.; PIRES, R.; VILELA, C. - Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº3 (mar./2011), p.113-122.
- SIMÕES, J. - *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.
- SIMÕES, J.; GARRIDO, A. - Finalidade das estratégias de supervisionado utilizadas no ensino clínico de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Vol.16, nº4 (out.-dez./2007), p.599-608.
- SLOAN, G. - Good characteristics of a clinical supervisor: a community mental health nurse perspective. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.30, nº3 (1999), p.713-722.
- SLOAN, G. - Clinical supervision: beginning the supervisory relationship. *British Journal of Nursing*. Vol.14, nº17 (2005), p.918-923.
- SLOAN, G.; WATSON, H. - Clinical supervision models for nursing structure, research and limitations. *Nursing Standard*, Vol.17, nº4 (2002), p.42-46.
- SOARES, S. - *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.
- STENFORS-HAYES, T.; HULT, H.; DAHLGREN, L. - What does it mean to be a good teacher and clinical supervisor in medical education? *Adv in Health Sci Educ*. Vol.16 (2011), p.197-210

- TURATO, E. R. - Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa [Em Linha]. *Rev Saúde Pública*. Vol.39, nº3 (2005), p.507-14. [Consult. 11 set. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>.
- VAN OOIJEN, E. - Clinical Supervision: A Practical Guide. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- VEERAMAH, V. - The benefits of using clinical supervision. *Mental Health Nursing*. Vol.22, nº1 (jan-feb/2002), p.18-23.
- WHITE, E.; WINSTANLEY, J. - Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective. *Journal of Nursing Management*. Vol.14 (2006), p.628-636.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Quality of care: patient safety* [Em linha]. Fifty-Fifth World Health Assembly Resolution WHA55.18. WHO, 18th May 2002. [Consult. 3 dez. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Standards for Health Promotion in Hospitals: development of indicators for a self-assessment tool* [Em linha]. Copenhagen: WHO, 2004. [Consult. 3 dez. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/99860/E85054.pdf>.
- WINSTANLEY, J.; WHITE, E. - Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*. Vol.10, nº4 (2003), p.7-38.
- WILLIAMS, L.; IRVINE, F. - How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of Nursing Management*. Vol.17 (2009), p.474-483.
- YONGE, O. [et al.] - Preceptorship and Mentorship: Not Merely a Matter of Semantics. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. Vol.4, Issue 1, Article 19 (2007).

ANEXOS

Anexo I - Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

Juvenália Sanches Tavares

Adaptado de: Prof.ª Regina Pires

Porto, 2012

Estrutura da entrevista

Bloco I – Legitimação da entrevista.

Bloco II – Representações sobre o trabalho e supervisão das práticas.

Bloco III – Caracterização da supervisão.

Bloco IV – Designação e relações funcionais do supervisor.

Bloco V – Evolução do sistema supervisão.

BLOCO	OBJECTIVOS
<p>Bloco I – Legitimação da entrevista.</p> <p>Com a realização das entrevistas pretendemos colher informação que nos permita alcançar os objetivos que enumeramos na coluna à direita.</p> <p>Relativamente às questões éticas, comprometemo-nos a respeitar os procedimentos inerentes a este tipo de estudo, nomeadamente o anonimato e confidencialidade</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Conhecer as perceções dos participantes sobre a supervisão clínica em enfermagem (SCE);2. Identificar as atividades de supervisão desenvolvidas no serviço;3. Identificar as atividades de supervisão desenvolvidas pelos participantes;4. Identificar as dimensões relevantes para um programa de SCE num serviço de Pediatria.

Bloco II – Representações sobre a supervisão clínica em enfermagem

1. O que entende por supervisão clínica em enfermagem?
2. Que tipo de atividades relacionadas com a supervisão clínica em enfermagem se realizam no serviço?

Bloco III – Representações sobre o trabalho e supervisão das práticas

1. Qual a importância que a atividade clínica tem no conjunto das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros?
2. Qual a importância que a atividade de supervisão tem no conjunto das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros?
3. Considera que as práticas profissionais seguras e eficazes são importantes? Porquê?
4. Considera que o suporte profissional é importante para o seu desempenho?
5. Considera que a oportunidade de partilhar os seus conhecimentos, transmiti-los aos colegas e expandir o seu corpo de conhecimentos profissionais, beneficia os cuidados que presta aos clientes?

Bloco IV – Caracterização da supervisão

1. Quais as suas responsabilidades na supervisão de colegas?
2. No que respeita à supervisão dos colegas, que estratégias utiliza com maior predominância?
3. Com que tipo de dificuldades se confronta na supervisão dos colegas?
4. Quais as atitudes dos seus colegas perante as suas responsabilidades a nível da supervisão clínica?
5. Que tipo de atividades de supervisão lhe são disponibilizadas?
6. Que estratégias são utilizadas no serviço para o desenvolvimento da reflexão sobre as práticas de enfermagem?
7. Que estratégias são utilizadas no serviço para o desenvolvimento do conhecimento profissional dos enfermeiros?
8. Que estratégias são utilizadas no serviço para o desenvolvimento do pensamento crítico em enfermagem?

9. Que estratégias são utilizadas no serviço para o suporte emocional dos enfermeiros?
10. Que estratégias de coping utiliza com maior predominância para fazer face às situações de stress profissional?
11. Que tipo de estratégias são utilizadas no serviço para assegurar a segurança dos cuidados?
12. Que tipo de estratégias são utilizadas no serviço para assegurar a prevenção do erro?
13. Que tipo de estratégias são utilizadas no serviço para assegurar a qualidade dos cuidados?

Bloco V – Evolução do sistema de supervisão

1. Como gostaria que evoluísse um sistema de supervisão clínica no que respeita ao suporte e atividade clínica?
2. Referindo-se à estrutura de um programa de SCE para o serviço:
 - Que tipo de supervisão (de grupo, um para um, ou outro)?
 - Com que periodicidade deveriam ser marcadas as sessões de supervisão?
 - Refira alguns dos aspetos que devem ser incluídos num contrato de supervisão.
3. Que tipo de evoluções seria útil acontecerem a nível da supervisão clínica de pares?
4. Que contributos a supervisão clínica em enfermagem pode dar para a qualidade dos cuidados de enfermagem?
5. Em que medida é que a supervisão clínica pode contribuir para a filosofia global da qualidade?

Bloco VI – Designação e relações funcionais do supervisor

1. Como deveria ser identificado o supervisor?
2. Que características deve possuir o supervisor clínico?
3. Que formação deve possuir o supervisor clínico?

**Anexo II - Autorização institucional para a realização do
estudo**

Exm.^a Sr.^a

Enf.^a Juvenália Maria Tavares

Serviço de Pediatria (Internamento)

ASSUNTO: Trabalho Académico – Mestrado “**Políticas de supervisão de pares em Pediatria**” - ‘N/ REF.^a
062/12(040-DEF/060-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Pediatria, sendo Investigadora Principal a Enf.^a Juvenália Maria Leite da Silva Sanches Tavares.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direcção de Enfermagem e Direcção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

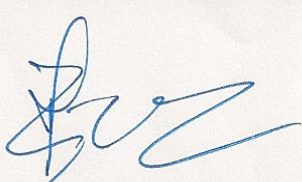
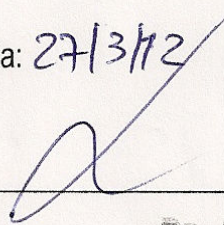
Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
28/3/2012
Dr. SOLLARI ALLEGRO
Presidente
Dr. PAULO BARBOSA
Director Clínico
Dr.^a ÉLIA GOMES
Vogal Executiva
Dr. PORTO GOMES
Vogal Executivo
Enf.^o EDUARDO ALVES
Enfermeiro Director


* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.^a.

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MESTRADO

Título: "Políticas de supervisão de pares em Pediatria"		Ref. ^a : 062/12(040-DEFI/060-CES)
Protocolo/Versão:	Promotor:	Investigador: Enf. ^a Juvenália M. ^a Leite S Tavares Serviço de Pediatria

DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM: <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data:  CCP, EPE 20 3 / 2012 EDUARDO ALVES Diretor	DIRECÇÃO CLÍNICA: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 27/3/12  DR. PAULO BARBOSA (Director Clínico)
--	---

Em conformidade. Pode ser autorizado



26 MAR. 2012

Prof. Doutora MARGARIDA LIMA
Directora do DEFI

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 14.3.2012	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Políticas de supervisão de pares em Pediatria"		Ref.ª: 062/12(040-DEFI/060-CES)
Protocolo/Versão:	Promotor:	Investigador: Enf.ª Juvenália M.ª Leite S Tavares Serviço de Pediatria

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de **Trabalho Académico - Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo

Vice-Presidente: Dr. Paulo Maia

Dr.ª Paulina Aguiar, Enf.ª Paula Duarte, Dr.ª Fernanda Manuela, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

Assinatura

25/03/012
DR. SEVERO TORRES
Adjunto do Director Clínico

Data 14.3.2012

A Presidente da CES

Assinatura

Dr.ª Luisa Bernardo

N.º Interno: 062/12(040-DEFI/060-CES)

Título: "Políticas de supervisão de pares em Pediatria"

SECRETARIADO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (SEI)☐ Recepção no SEI20/02/2012Ass. [assinatura]☐ Enviado ao DEFI p/ parecer20/02/2012Ass. [assinatura]☐ Enviado à CES p/ parecer29/02/2012Ass. [assinatura]☒ Enviado à Direcção Clínica p/ parecer27/3/12Ass. [assinatura]☐ Enviado ao GIAD p/ gestão financeira

/ /

Ass. _____

☐ Enviado ao CA p/ autorização27/03/2012Ass. [assinatura]☐ Devolvido ao proponente s/ critérios de aceitação

/ /

Ass. _____

☐ Recebido parecer do DEFI28/02/2012Ass. [assinatura]☐ Recebido parecer da CES14/03/2012Ass. [assinatura]☐ Recebido parecer da Direcção Clínica27/03/2012Ass. [assinatura]☐ Recebido no GIAD

/ /

Ass. _____

☐ Recebida autorização do CA28/03/2012Ass. [assinatura]☐ Informado proponente da decisão12/04/2012Ass. [assinatura]**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)**☐ Recepção na CES29/02/2012Ass. [assinatura]☐ Enviado à CEIC, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass. _____

☐ Enviado a CFT, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass. _____

Parecer da CES ☒ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável14/03/2012Ass. [assinatura]

Observações

☐ Recebido parecer da CEIC

/ /

Ass. _____

☐ Recebido parecer da CFT

/ /

Ass. _____

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder15/03/2012Ass. [assinatura]**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)**☐ Recepção na CFT

/ /

Ass. _____

☐ Reenviado à CES

/ /

Ass. _____

Parecer da CFT ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass. _____

Observações

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA)☐ Recepção no CA27/03/2012☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder30/03/2012Ass. [assinatura]

Parecer do CA

☒ Autorizado ☐ Não autorizado

Observações

DEPARTAMENTO ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO (DEFI)

☐ Recebido no Secretariado do GCI

20/02/2012

Ass. 

☐ Reenviado ao SEI

29/02/2012

Ass. 

GABINETE COORDENADOR DA INVESTIGAÇÃO (GCI)

Apreciação do GCI ☒ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

28/02/2012

O Trabalho Académico de Investi-
gação foi analisado pelo DEFI/GCI.

Parecer favorável

Paulo Miller

**Anexo III - Autorização do autor para utilização do
instrumento de recolha de dados**

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

“POLÍTICAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

EM SERVIÇOS DE PEDIATRIA”

Eu, abaixo-assinado Regina Tania Tencir Rines, declaro que autorizo a utilização do instrumento de recolha de dados, em forma de entrevista, por mim construída no âmbito da minha Tese de Doutoramento, no estudo realizado por Juvenália Maria Leite Silva Sanches Tavares, intitulado “Políticas de Supervisão Clínica em Enfermagem em serviços de Pediatria”, no âmbito do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem.

Data

Assinatura

19/01/2012

Regina Rines

Anexo IV - Informação aos participantes

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

Na procura da excelência nos cuidados de enfermagem, a supervisão clínica impõem-se como estratégia potenciadora de um cuidar baseado na reflexão das práticas, que se pretende refletir em indicadores de qualidade institucionais. Atendendo à especificidade de um serviço de Pediatria, no que concerne aos vários intervenientes no processo de cuidados à criança, nomeadamente os pais, a implementação de práticas supervisivas adquire especial importância, na medida em que o enfermeiro vê as suas ações avaliadas por diferentes agentes participativos nos cuidados à criança.

Integrado no Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, eu, Juvenália Sanches Tavares, Enfermeira no Internamento Médico e Cirúrgico Pediátrico do Centro Hospitalar do Porto, encontro-me a realizar um estudo qualitativo exploratório cuja finalidade é perceber qual a importância atribuída pelos enfermeiros à supervisão clínica de pares, e às suas diferentes dimensões, como base promotora da qualidade e segurança dos cuidados em Pediatria.

Venho por este meio solicitar a sua participação crucial, mas absolutamente voluntária e confidencial neste estudo, havendo a possibilidade de desistência em qualquer fase do processo de investigação, sem que daí advenha qualquer constrangimento.

A colheita de dados será realizada apenas por mim, como autora do estudo, através de uma entrevista semiestruturada assente nos seguintes objetivos: (1) conhecer as perceções dos participantes sobre a supervisão clínica em enfermagem; (2) identificar as atividades de supervisão desenvolvidas no serviço de Pediatria; (3) identificar as atividades de supervisão desenvolvidas pelos participantes; e (4) conhecer as dimensões que os participantes consideram relevantes para um programa de supervisão clínica de pares em enfermagem, num serviço de Pediatria. Para que toda a informação seja recolhida e analisada de forma fidedigna e precisa, será utilizado um gravador áudio durante a entrevista.

Este estudo tem a orientação da Professora Doutora Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira e coorientação da Professora Mestre e Doutoranda Regina Maria Ferreira Pires, docentes na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Agradeço antecipadamente o seu interesse e disponibilidade em participar.

Atentamente,

Juvenália Sanches Tavares.

Anexo V - Declaração de consentimento informado

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

“POLÍTICAS DE SUPERVISÃO DE PARES EM PEDIATRIA”

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado _____, declaro que estou plenamente informado sobre a minha participação neste estudo: compreendi a informação que me foi apresentada, tive a oportunidade de colocar questões e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a perceber a importância atribuída pelos enfermeiros à supervisão clínica de pares, nas suas diferentes dimensões, como estratégia promotora da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem em Pediatria.

Sei que para a recolha de dados deste estudo está prevista a realização de uma entrevista com gravação áudio, que a mesma será utilizada apenas pela autora para o estudo em curso e não será divulgada noutros contextos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Aceito participar voluntariamente no estudo acima mencionado e estou ciente de que a minha privacidade será completamente garantida.

Nome do Participante no Estudo: _____

Data

____/____/____

Assinatura

Nome da Investigadora Responsável: _____

Data

____/____/____

Assinatura

Nome do ficheiro: DISSERTAÇÃO DE MESTRADO - Políticas de Supervisão Clínica
em Enfermagem em Serviços de Pediatria
Directório: C:\Users\Shrekie\Documents
Modelo: C:\Users\Shrekie\AppData\Roaming\Microsoft\Modelos\Normal.dotm
Título: Políticas de Supervisão Clínica em Enfermagem em Serviços de
Pediatria
Assunto:
Autor: Juvenália Sanches Tavares
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 02-04-2013 13:00:00
Número da alteração: 14
Guardado pela última vez em: 18-04-2013 15:54:00
Guardado pela última vez por: Shrek Fiona
Tempo total de edição: 848 Minutos
Última impressão: 18-04-2013 16:00:00
Como a última impressão completa
Número de páginas: 187
Número de palavras: 46.193 (aprox.)
Número de caracteres: 249.448 (aprox.)